

**CONDICIONES GENERALES SEGURO
COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE
RIESGO (PENSIONES)**



**CONDICIONES GENERALES - SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO
– PENSIONES
(Según el D.S. N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N°26790).**

Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA emite la presente póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

1. DEFINICIONES:

1.1 ACCIDENTE DE TRABAJO: Se denomina accidente de trabajo a toda lesión corporal, orgánica o perturbación funcional producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el Trabajador, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado o debido al esfuerzo del mismo, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Se considera igualmente accidente de trabajo lo siguiente:

- a) El que sobrevenga al Asegurado durante la ejecución de órdenes del Contratante o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.
- b) El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el Asegurado se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo del Contratante, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
- c) El que sobrevenga por acción del Contratante o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituyen accidentes de trabajo aquellos supuestos señalados en el numeral 2.3 del artículo 2 del Decreto Supremo N° 003-98, que son los siguientes:

- a) Cuando el accidente se produzca en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta del Contratante en vehículos propios o contratados para el efecto.
- b) Los provocados intencionalmente por el propio Asegurado o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c) Los que se produzcan como consecuencia del incumplimiento del Asegurado de una orden escrita específica impartida por el empleador. Las disposiciones sobre seguridad en las actividades del Contratante que estén contenidas en normas de obligatorio cumplimiento, o que tenga que expedir el Contratante en cumplimiento de dichas normas; o las contenidas en reglamentos, directivas, procedimientos, memorandos, y cualquier otro documento que haya sido puesto en conocimiento de los Asegurados, ya sea de manera individual o general, para su cumplimiento, constituyen ordenes específicas impartidas por el Contratante.

- d) Los que se produzcan con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.**
- e) Los que sobrevengan durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.**
- f) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del Asegurado.**
- g) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín, conmoción contra el orden público o terrorismo;**
- h) Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.**
- i) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.**

1.2 ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO: Las que realizan los Asegurados en las labores que se detallan en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA, "Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud", o norma que lo sustituya, sean empleados u obreros, sean eventuales, temporales o permanentes.

1.3 ASEGURADO: Aquellas personas comprendidas en los Artículos 5° y 6° del Decreto Supremo N° 003-98 SA, mientras hayan sido incluidos en la declaración jurada presentada por el Contratante a la Compañía. El Asegurado es todo empleado u obrero que está expuesto al riesgo asegurado y a cuyo favor se hubiere extendido el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

En este sentido, el Asegurado es la persona que se encuentra en el ámbito de aplicación del artículo 1 del Decreto Supremo 003-98-SA o norma que los sustituya.

1.4 BENEFICIARIOS: Son las personas que al momento del siniestro cumplen con los requisitos para ser considerados como Beneficiarios, conforme a lo establecido en la Ley N° 26790 y que por ello tienen derecho a las prestaciones de sobrevivencia y gastos de sepelio frente al fallecimiento del asegurado. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción con la condición de que nazca vivo. Respecto a los gastos de sepelio que se generen por el fallecimiento del Asegurado, éstos se reembolsarán a la persona natural o jurídica que demuestre haberlos efectivamente pagado.

1.5 CENTRO DE TRABAJO: Se considera Centro de Trabajo al establecimiento del Contratante en el que se ubican las unidades de producción en las que se realizan las actividades de riesgo inherentes a la actividad descrita en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA y/o normativa vigente. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción expone al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propia de la actividad productiva. Cuando por la dimensión del "Centro de Trabajo", las unidades administrativas o de servicios se encuentren alejadas de las unidades de producción por una distancia tal que evidencie

que los trabajadores de dichas unidades administrativas o de servicios no se encuentran expuestos al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad desarrollada por el Contratante, este podrá decidir, bajo su responsabilidad, la no contratación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para dichos trabajadores.

1.6 CONDICIONES GENERALES: Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.

1.7 CONDICIONES ESPECIALES: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales o particulares.

1.8 CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

1.9 CONTRATANTE: Se denomina Contratante a la entidad empleadora que contrata el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para cubrir a sus trabajadores, conforme a la obligación impuesta por la Ley N° 26790 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

En este sentido, se entiende como entidad empleadora a las empresas e instituciones públicas o privadas que desarrollan actividades de alto riesgo y que emplean trabajadores bajo relación de dependencia. También se considera como tales a las cooperativas de trabajadores, empresas de servicios especiales, sean empresas de servicios temporales o sean empresas de servicios complementarios, los contratistas y subcontratistas, así como toda institución de intermediación o provisión de mano de obra que destaque personal hacia centros de trabajo donde se ejecuten las actividades de riesgo previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA.

Asimismo, se considerará como entidad empleadora a toda empresa que voluntariamente contrate el presente seguro a favor de sus trabajadores, aun cuando no se encuentre obligada por ley a hacerlo.

1.10 DECLARACIÓN JURADA: Es el documento donde figuran los trabajadores asegurados por EL CONTRATANTE o también llamada declaración de planilla.

1.11 ENDOSO: Documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el contratante y la empresa, según corresponda.

1.12 ENFERMEDAD PROFESIONAL: Se denomina Enfermedad Profesional a todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al Asegurado como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. La relación de enfermedades profesionales y su relación causal con la clase de trabajo que las originan se encuentran detalladas en la Resolución Ministerial N° 480-2008-MINSA o norma que la sustituya.

1.13 EXCLUSIONES: Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro pero que no están cubiertas por la póliza.

1.14 FECHA DE SINIESTRO:

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

1.15 LA COMPAÑÍA: Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros.

1.16 MEDIOS ELECTRONICOS: Uso de equipos electrónicos para la transmisión, procesamiento y almacenamiento de la información.

1.17 POLIZA DE SEGURO: Documento que refleja las condiciones que, de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

1.18 POLIZA DE SEGURO ELECTRONICA: Es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos. Se entiende que toda referencia a la póliza de seguro electrónica en este Condicionado General comprende al certificado de seguro electrónico en el caso de seguros de grupo o colectivos.

1.19 PRIMA COMERCIAL: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa. El costo de la prima puede expresarse como monto fijo o un valor porcentual. Es el precio del seguro

1.20 REMUNERACION ASEGURABLE: La Remuneración Asegurable está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del Asegurado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo con las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de Trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por el Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.

Los subsidios de carácter temporal que perciba el trabajador cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la Remuneración Mensual y se encuentran afectos a las primas por la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El mismo tratamiento recibirá las gratificaciones ordinarias, es decir, aquellas que se otorguen en períodos regulares y estables en el tiempo, y que son consideradas parte de la base de cálculo de la prima del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el Contratante a la generalidad de Asegurados o a un grupo de ellos durante 2 (dos) años consecutivos, cuando menos en períodos semestrales.

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

1.21 REMUNERACIÓN MÁXIMA ASEGURABLE: Es el Monto fijado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el artículo 67° de la Resolución N° 232-98-EF/SAFP, como límite para la determinación de la "Remuneración Mensual", de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 47 del Decreto Supremo N° 004-98-EF y que es actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

1.22 REMUNERACION MENSUAL: Se entiende por Remuneración Mensual al promedio de las Remuneraciones Asegurables de los 12 meses anteriores a la fecha del siniestro con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del artículo 47° del D. S. N° 004-98-EF actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones. Para tal fin la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas. En caso el Asegurado tenga una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses, se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral, actualizado de la forma señalada precedentemente.

1.23 TASA: Es el porcentaje que debe aplicarse a las remuneraciones de los Asegurados declarados para el cálculo de la prima a cargo del Contratante

2. DISPOSICIONES GENERALES:

Esta Póliza solo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de LA COMPAÑÍA. En cuanto a las modificaciones a esta póliza rige lo establecido en la sección 27 de este Condicionado General.

3. OBJETO DEL SEGURO:

Mediante el presente contrato LA COMPAÑÍA se obliga a otorgar cobertura a los Asegurados al servicio de El Contratante, en caso de un siniestro derivado de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales no cubierto por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP, por las prestaciones de: (i) pensión o indemnización de invalidez total o parcial y temporal o permanente, (ii) pensión de sobrevivencia y, (iii) reembolso de gastos de sepelio, de acuerdo a las condiciones establecidas en la póliza.

Cualquier beneficio mayor o adicional a los contemplados en la presente póliza deberá quedar establecido expresamente en condiciones particulares, cláusulas adicionales o endosos que deberán formar parte integrante de la presente póliza..

4. ESTRUCTURA DE LA POLIZA:

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

1. Endosos o Adendas.
2. Condiciones Especiales, en caso apliquen.
3. Condiciones Particulares.
4. Condiciones Generales.

Se precisa que los documentos indicados se encuentran ordenados por jerarquía e importancia. En caso de que exista alguna contradicción o discrepancia al momento de aplicar lo establecido en la Póliza, los documentos que se encuentran primero prevalecen y modifican a los que les siguen, según la numeración presentada.

5. BASES DEL CONTRATO:

Toda cláusula o condición de la póliza se subordina a las disposiciones de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus modificatorias y reglamentos, y a las disposiciones del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

En caso de producirse discrepancias entre las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales debe tenerse en consideración que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Los Endosos se consideran como condiciones especiales.

Esta póliza se extiende en favor de los Asegurados debidamente declarados e identificados por el Contratante. La información que el Contratante presente a LA COMPAÑÍA al inicio de vigencia de la presente póliza, dentro del plazo señalado en el Condicionado Particular o, posteriormente, como parte de endosos de inclusión de asegurados, con respecto a la identidad de los Trabajadores y sus remuneraciones, tendrá la naturaleza de Declaración Jurada. De esta manera, sobre la base de la Declaración Jurada antes señalada, LA COMPAÑÍA atenderá las solicitudes de cobertura, de conformidad con lo señalado en el artículo 25.5.1 y 25.6.1 del D.S. N° 003-98-SA.

Los trabajadores no declarados nominalmente; es decir, sin incluir nombres, apellidos y remuneración dentro del plazo indicado, carecen de cobertura. Asimismo, en caso el Contratante, declarase remuneraciones menores a las que figuran en las planillas laborales y boletas de pago, y en consecuencia contrate coberturas insuficientes, será responsable de cualquier perjuicio que se ocasione al trabajador o sus beneficiarios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Lo antes señalado no será aplicable, en caso deba declararse como Remuneración Mensual, la remuneración máxima asegurable.

Además de ser responsable por cualquier perjuicio que se ocasione al Asegurado o sus beneficiarios, el Contratante que incurra en la conducta señalada en el párrafo precedente deberá cancelar a LA COMPAÑÍA, como penalidad, un monto equivalente a la diferencia entre el monto de la prestación económica otorgada al Asegurado y el monto de dicha prestación, calculado en base a la prima que efectivamente declaró el Contratante. En ningún caso esta penalidad afectará a los Asegurados o sus beneficiarios en su derecho a obtener pensión ni al monto de las mismas.

6. TERRITORIALIDAD:

La presente póliza sólo es exigible sobre los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional, salvo las coberturas especiales expresamente negociadas para viajes en comisión de servicios o actividades de riesgo de trabajadores, en particular, que por su propia naturaleza exigen el amparo de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales producidos en el extranjero.

7. EVALUACION MEDICA:

LA COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización de exámenes médicos y/o entrega declaración de salud sobre los Asegurados, previamente a la celebración del contrato, únicamente con el fin de establecer la delimitación de cobertura correspondiente a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa. EL CONTRATANTE está obligado a proporcionar a LA COMPAÑÍA la información médica de los Asegurados durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de cobertura o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los Asegurados dichos exámenes estarán a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita al Contratante con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar a LA COMPAÑÍA información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el Contratante esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los Asegurados del Contratante, debiendo éste y los Asegurados brindar las facilidades necesarias.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el Contratante cumple con el requerimiento de LA COMPAÑÍA, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro.

8. COBERTURAS:

La COMPAÑÍA pagará las coberturas que se detallan a continuación siempre que la causa adecuada del siniestro sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional, tal como se definen en los artículos 1.1 y 1.12 del presente Condicionado General y que su ocurrencia debe darse en el territorio nacional, a excepción de lo previsto en el artículo 6 de este Condicionado General. Las coberturas son las siguientes:

- Pensión o indemnización de invalidez.
- Pensión de sobrevivencia.
- Gastos de sepelio.

8.1. PENSION DE INVALIDEZ:

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará en situación de invalidez; la pensión o indemnización que corresponda al grado de incapacidad para el trabajo conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo 003-98-SA. La prestación a cargo de LA COMPAÑÍA se iniciará una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social en Salud (ESSALUD).

8.1.1 Invalidez Parcial Permanente: LA COMPAÑÍA pagará, una pensión vitalicia mensual al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a dos tercios. El monto de esta pensión será equivalente al 50% de la remuneración mensual del Asegurado, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

8.1.2 Invalidez Total Permanente: LA COMPAÑÍA pagará una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios.

La pensión será, del 100% de la Remuneración Mensual, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el Asegurado calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la Remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

En ambos casos, la Remuneración Asegurable de cada mes, considerado para el cálculo de la Remuneración Mensual, no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

La pensión de invalidez total o parcial de naturaleza permanente se dejará de percibir o se reajustará según las normas pertinentes en el momento en que el Instituto Nacional de Rehabilitación certifique la inexistencia de la condición de inválido del Asegurado o la disminución del grado de invalidez.

El Asegurado inválido respecto del cual se compruebe que está laborando en una condición de salud (capacidad productiva) mayor a la que dio origen a la pensión de invalidez, según el dictamen del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), quedará obligado a devolver las pensiones indebidamente percibidas, o en su defecto LA COMPAÑÍA quedará facultada a efectuar descuentos de las pensiones de invalidez futuras hasta completar el total del monto de las pensiones indebidamente percibidas, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos, sin perjuicio del derecho del Asegurado a recibir pensiones futuras que le correspondan y del derecho de LA COMPAÑÍA de iniciar las acciones legales que le correspondan.

8.1.3 Invalidez Temporal: En el caso de la invalidez temporal, LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado la pensión mensual que le corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez de acuerdo con los porcentajes y proporciones establecidas en los numerales 18.2.1 y 18.2.2 del Decreto Supremo N° 003-98-SA hasta el mes que se produzca su recuperación. El carácter temporal o

permanente de la invalidez se determina en función al grado de recuperabilidad que pueda tener una persona al sucederle un evento que repute tal condición.

La pensión de invalidez total o parcial de naturaleza temporal dejará de percibirse o se reajustará, desde la fecha o el momento en que según el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) se determine la inexistencia de la condición de inválido o de la disminución del grado de invalidez. En este último caso, se reajustará la pensión al grado de invalidez que corresponda según las normas pertinentes y/o se procederá a los descuentos y devoluciones devengados de acuerdo con el procedimiento del párrafo anterior.

8.1.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%: En caso de que las lesiones sufridas por el Asegurado dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, LA COMPAÑÍA pagará por única vez al Asegurado inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que le correspondería a una invalidez permanente total, de acuerdo con la siguiente fórmula: $24 \times 70\% \times \text{Remuneración mensual} \times \text{Grado de invalidez determinado}$. En estos casos, el Contratante queda prohibido de prescindir de los servicios del Asegurado basado en su condición de invalidez.

La pensión de invalidez temporal o permanente se encuentra sujeta a los descuentos de ley por concepto de AFP, de ser el caso, de prestaciones de salud, de impuesto a la renta y cualquier otra retención de ley creada o por crearse, que aplicaran según corresponda.

8.2 PENSION DE SOBREVIVENCIA:

LA COMPAÑÍA pagará una pensión de sobrevivencia en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Asegurado haya sido ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Por cualquier otra causa posterior después de configurada la invalidez o mientras se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente;
- c) Por el fallecimiento producido mientras el Asegurado se encontrará gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios son vitalicias, salvo el caso de los hijos no inválidos, cuyas pensiones son temporales hasta que cumplan 18 años de edad.

En el caso de los hijos sanos que se convirtieran en inválidos totales, la pensión de sobrevivencia será vitalicia sólo en los casos en que la invalidez se haya producido en su calidad de Beneficiario, es decir antes de cumplir los 18 años de edad. De ser así la pensión del hijo anteriormente sano y actualmente

inválido total, será recalculada afectando las pensiones de los demás Beneficiarios, no procediendo aporte adicional alguno de parte de LA COMPAÑÍA.

Si el Beneficiario cuya declaración de invalidez se encuentra en trámite es un hijo mayor de edad, se suspenderá el pago de su pensión hasta contar con el dictamen que lo declare como tal.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios debidamente acreditados ascienden a los porcentajes indicados en el ítem 8.2.1 siguiente referida al monto de la pensión y se aplicarán a la pensión de invalidez percibida por el Asegurado el mes anterior a su fallecimiento; o a la remuneración mensual percibida por el Asegurado.

La obligación de LA COMPAÑÍA alcanza sólo el 100% de la pensión o de la remuneración mensual del Asegurado. En caso de que la concurrencia de Beneficiarios excediese dicho porcentaje, los porcentajes de pensión de cada beneficiario serán reducidos proporcionalmente de manera que la suma de todos ellos recalculados no exceda del porcentaje establecido.

Cuando exista cónyuge o concubino, hijos y padres del Asegurado fallecido, todos concurren en el goce de la pensión hasta el tope máximo indicado en el párrafo anterior. En este caso, el pago de la pensión de ascendientes procederá siempre y cuando exista un remanente a favor de los padres del causante luego del cálculo de la pensión del cónyuge o concubino supérstite y la de los hijos.

Las pensiones determinadas por los porcentajes de ley comprenderán cualquier impuesto o retención creado o por crearse según ley, según corresponda.

8.2.1 Beneficiarios de la Pensión de Sobrevivencia:

Se entiende como Beneficiarios de pensión a las siguientes personas relacionadas al Asegurado fallecido, a quienes les corresponderá una pensión equivalente al porcentaje de la remuneración mensual del Asegurado, indicado a continuación:

- a) El 42% de la Remuneración Mensual del Asegurado, para el cónyuge o concubino a que se refiere el artículo 326 del Código Civil, si no existieran hijos a los que se refiere el literal c) de este numeral;
- b) El 35% de la Remuneración Mensual del Asegurado, para el cónyuge o concubino a que se refiere el artículo 326 del Código Civil, en caso de existir hijos a los que se refiere el literal c) siguiente;
- c) El 14% de la Remuneración Mensual del Asegurado a cada hijo menor de 18 años, así como a cada hijo inválido mayor de 18 años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente, calificados conforme lo establece el Decreto Supremo 003-98-SA;
- d) El 14% de la Remuneración Mensual del Asegurado para cada uno de los padres del Asegurado que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
 - Que sean calificados como inválidos total o parcialmente en proporción superior al 50%, conforme al Decreto Supremo 003-98-SA; o,

- Que tengan más de 60 años de edad en caso de los padres, y que hayan dependido económicamente del causante, de acuerdo con las normas establecidas por la SBS para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones

De no haber existido y de no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el 42% que le correspondería se asignará como pensión en caso de que quedare un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el 42%, tantas veces como hijos hubiere, distribuyéndose en partes iguales, pero la pensión de los padres sólo procederá si quedara algún remanente de acuerdo con lo indicado en el artículo 18.1.5 del D.S. 003-98-SA.

Los porcentajes indicados para cada Beneficiario, se aplicarán a la Remuneración Mensual del Asegurado, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas. La evaluación y calificación de la invalidez de los Beneficiarios será responsabilidad del médico de LA COMPAÑÍA o de la entidad que ésta designe.

A fin de acreditarse como tales, los indicados Beneficiarios deberán adjuntar a la solicitud de pensión de sobrevivencia, los documentos originales o debidamente legalizados o certificados que se indican en el numeral 17.2 de este condicionado general.

8.3. GASTOS DE SEPELIO:

De acuerdo a lo establecido en el artículo 18.3 del D.S N° 003-98-SA o norma que lo sustituya, LA COMPAÑÍA reembolsará, como mínimo, los gastos de sepelio a la persona natural o jurídica que los hubiera efectivamente sufragado, hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones para los afiliados a dicho Sistema; contra la presentación de los documentos originales o en certificación de reproducción notarial, que sustenten el gasto.

9. EXCLUSIONES:

Están excluidas de la cobertura de la presente póliza los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso de que el trabajador, que debió haber sido asegurado no lo hubiera estado.**
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.**
- c) La muerte o invalidez de los que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).**
- d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del**

subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Asimismo, no se encuentran cubiertos aquellos actos que no constituyen accidentes de trabajo según el artículo 2 del Decreto Supremo N° 003-98 los mismos que se detallan en el artículo 1.1. del presente condicionado general..

10. PRIMAS:

El monto de la prima comercial se calculará multiplicando la Tasa Mensual que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el Monto Total de la remuneración Mensual de los Asegurados declarados por el Contratante, tomando en cuenta el tope de la Remuneración Asegurable. Las remuneraciones asegurables consignadas en la declaración jurada para el pago mensual de las primas será el monto máximo a considerar para el cálculo de la Remuneración Mensual del Asegurado.

11. PAGO DE LAS PRIMAS:

El Contratante deberá pagar la prima mensual dentro de los 30 días calendario siguiente a la fecha de emisión de la póliza. El pago se podrá efectuar directamente en las entidades financieras designadas por LA COMPAÑÍA o a través de los medios que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición según lo señalado en el Condicionado Particular de la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida en el plazo otorgado en el párrafo anterior, es causal de suspensión automática de la cobertura sin necesidad de previo aviso o declaración judicial, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad. Se precisa que, ante el caso de la resolución antes indicada, la cobertura a los trabajadores continuará a cargo de la ONP hasta que se elija a la nueva aseguradora, de conformidad con lo establecido con el artículo 24.7 del DS 003-98-SA.

12. INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

La presente póliza se suscribe a plazo indefinido y es contratada en función a la necesidad del Contratante debido a una obra o servicio específico y su duración. Dentro de su vigencia podrá ser resuelto por LA COMPAÑÍA por causal

de incumplimiento imputable al Contratante, con respecto a las obligaciones señaladas en la presente póliza y en el Decreto Supremo 003-98-SA. En este caso, LA COMPAÑÍA enviará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

Después de un año de vigencia de la cobertura de la póliza, el Contratante podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a LA COMPAÑÍA con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

13. DEBERES DEL ASEGURADO:

Son deberes del Asegurado los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud.
- b) Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- c) Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratante en virtud de las normas que regulan el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, y en mérito a las obligaciones a su cargo descritas en la cláusula décimo quinta de este condicionado.
- d) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de seguridad y salud ocupacional del Contratante.
- e) Participar en la prevención de riesgos profesionales que organice ESSALUD, las Entidades Prestadoras de Salud, las Aseguradoras y el propio Contratante.
- f) Si se encuentran gozando de pensión de invalidez, proporcionar información actualizada acerca de su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas dirigidas a evaluar la evolución de su estado de salud; así como informar a LA COMPAÑÍA que le abona la pensión respecto de cualquier variación que modifique o extinga la causa por la cual se le otorgó la pensión.
- g) Cumplir con el tratamiento médico y rehabilitador que le fuere prescrito.
- h) En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del Asegurado, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.
- i) Los demás deberes derivados de la cláusula de la presente póliza, que impliquen contribuir a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento de los riesgos.

14. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de los Asegurados y de los ambientes de trabajo.
- b) Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- c) Informar a LA COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la

cláusula dieciséis (16); así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Asegurados, según la cláusula veintiuno (21).

d) Facilitar la capacitación de los Asegurados del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.

e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial.

f) Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridos por LA COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por LA COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.

g) Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de LA COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el Contratante.

h) Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Asegurados, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de LA COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Asegurado.

i) Facilitar a LA COMPAÑÍA, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Asegurado al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.

j) Asimismo, queda establecido que, en caso de cese de Asegurados, el Contratante se compromete a proporcionar a LA COMPAÑÍA en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Asegurado, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al Asegurado para la realización del examen médico de retiro.

k) Entregar al Asegurado el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del Asegurado.

l) Los demás deberes derivados de la cláusulas de la presente póliza que impliquen contribuir con la COMPAÑÍA a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento del riesgo.

La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por LA COMPAÑÍA por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo constituirá causal de resolución de la presente póliza.

15. CAUSALES DE RESOLUCIÓN

15.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecidos en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

d) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión a la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por LA COMPAÑÍA.

e) Por incumplimiento de los deberes de EL CONTRATANTE establecidos en establecidos en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales.

f) En caso de resolución por parte del CONTRATANTE por no estar de acuerdo con el reajuste de la prima conforme al procedimiento establecido en el artículo 20 de este condicionado general.

Producida la causal de resolución, LA COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que EL CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

Como consecuencia de la resolución de la póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE.

Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. En el caso que la resolución sea solicitada por EL CONTRATANTE, la prima debe ser devuelta sin requerimiento alguno, y debe computarse desde la solicitud de la resolución de EL CONTRATANTE. En caso la resolución sea efectuada por LA COMPAÑÍA, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo LA COMPAÑÍA a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de resolución.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

15.2. Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que en caso de reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, LA COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro, o el certificado de seguro, en un plazo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 (diez) días calendario por el Contratante, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato y/o el certificado, cuando corresponda, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE en el plazo de 30 (treinta) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los 10 (diez) días calendario mencionados precedentemente.

Cabe precisar que, si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, LA COMPAÑÍA cobrará al CONTRATANTE, la diferencia que se genere a la indemnización debida a pagar y la indemnización correspondiente en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. Asimismo, LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

16. AVISO DE SINIESTROS:

EL CONTRATANTE cursará un aviso escrito a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas siguientes, o en un plazo mayor que sea razonable de la ocurrencia de todo accidente de trabajo que pueda dar lugar o no a una reclamación bajo esta póliza, el cual incluirá necesariamente información sobre la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad, domicilio y labor desempeñada por el ASEGURADO que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos.

En caso de enfermedad profesional, el CONTRATANTE comunicará por escrito a la COMPAÑÍA, dentro del plazo de 48 horas, o en un plazo mayor que sea razonable, el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero.

El CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que se generen como consecuencia del incumplimiento en cursar oportunamente este aviso.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑIA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los sucesores o beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la COMPAÑIA.

17. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

17.1 PENSIÓN O INDEMNIZACION DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado deberá igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑIA, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.1.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑIA, acompañada de la siguiente documentación e información:

a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial)

b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial)

c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original)

17.1.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑIA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.

17.1.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.1.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

17.1.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 18 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 18.

17.1.6 En caso de que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

17.1.7 En caso de que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

17.1.8 En caso se determinará que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 17.1.3 de las presentes Condiciones Generales.

17.1.9 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA. En ese sentido, las pensiones de invalidez no se encuentran sujetas a plazos de prescripción

**17.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:
Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán**

directamente a la COMPAÑÍA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.2.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑÍA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

- a) Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)**
- b) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)**
- c) Solicitud de Pensión de Sobrevivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones. (original o copia certificada de reproducción notarial)**
- d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso de que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original)**

17.2.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión. En ese sentido, estas pensiones no se encuentran sujetas a plazos de prescripción.

17.2.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

17.2.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.2.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 18 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑIA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del DS 003-98-SA.

17.2.6 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA.

17.3 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑIA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquélla, adjuntando los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

17.3.1 La COMPAÑIA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

17.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.3.3 La COMPAÑIA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

17.3.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

LA COMPAÑIA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días

útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑÍA o la entidad que ésta designe.

18. CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ
Las pensiones de invalidez y sobrevivencia o las indemnizaciones de invalidez, serán calculadas sobre la Remuneración Mensual del Asegurado tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.

Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del Asegurado se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión

La COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza conforme el procedimiento indicado en el artículo anterior.

Los Gastos de Sepelio serán pagados de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior de este condicionado general.

La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine por responsabilidad del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

19. REAJUSTE DE PENSIONES:

Las pensiones que otorga esta póliza pueden ser otorgadas en moneda nacional o moneda extranjera, con el tipo de reajuste pactado entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA en el condicionado particular y solicitud de este

seguro. Las pensiones pactadas en moneda nacional pueden ser reajustadas, según el Índice de Precios al Consumidor que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática o el indicador que lo sustituya, o a una tasa fija anual no menor del 2% con actualización en los períodos que se inician los meses de enero, abril, julio y octubre.

Las pensiones pactadas en moneda nacional y extranjera se sujetan a las reglas que para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones apruebe la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones (SBS).

20. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Contratante deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso de que el Contratante no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora..

Asimismo, es facultad de LA COMPAÑÍA aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del Contratante de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia el artículo siete (7) de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad, por lo que LA COMPAÑÍA también podrá reajustar la tasa en función al índice de siniestralidad, debiendo comunicar al Contratante en los mismos plazos mencionados en el primer párrafo del presente artículo.

21. INGRESOS Y SALIDAS DE ASEGURADOS DE LA NOMINA:

Sólo se otorgará cobertura bajo la presente póliza a los Asegurados incluidos en la declaración jurada presentada por el Contratante a LA COMPAÑÍA al momento de la suscripción de la misma. Durante la vigencia del presente seguro, es obligación de EL CONTRATANTE a los efectos de mantener vigente la cobertura presentar a LA COMPAÑÍA la declaración jurada mensual de los asegurados dentro del plazo establecido en el numeral 5 de las Condiciones Generales, detallando los nombres, apellidos, su remuneración, su fecha de ingreso y si se encuentran percibiendo subsidio de salud o una pensión temporal; así como identificando los Asegurados propios de la empresa con los contratistas. A falta de especificación se entenderá que todos los Asegurados declarados son trabajadores propios de la empresa y de conocer lo contrario

se podrá considerar el hecho como una causal de modificación de riesgo según lo indicado en la cláusula anterior.

Cualquier variación por entradas y salidas de Asegurados a la planilla deberá ser comunicada a LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de 24 horas de ocurrido a fin que sea considerado en la cobertura de la presente póliza; caso contrario, en la eventualidad de un siniestro, el Asegurado no reportado carecerá de cobertura de la presente póliza. La comunicación será por escrito y deberá contener los datos del Asegurado cesado del centro de trabajo o del que inicia una relación laboral, según formato establecido por LA COMPAÑÍA.

Asimismo, el Contratante se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA sobre cualquier incapacidad, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios, y cualquier otro cambio en las relaciones laborales y condiciones de trabajo que afecten a los asegurados.

22. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD:

El Contratante será responsable del estricto cumplimiento de las medidas de prevención y seguridad comprendiendo programas de salud ocupacional y seguridad industrial establecidos en las leyes sobre la materia. Asimismo, será responsable del cumplimiento de las normas que sobre dicha materia exija LA COMPAÑÍA a efectos de otorgar la cobertura de la presente póliza.

Cualquier incumplimiento de estas normas dará el derecho a LA COMPAÑÍA a optar por incrementar la prima y/o aumentar los requerimientos de medidas de prevención y seguridad exigidos; o, alternativamente, resolver el presente contrato.

A fin de medir y controlar las medidas de prevención y seguridad, así como el resultado de riesgo efectivo, LA COMPAÑÍA podrá utilizar los medios y sistemas que considere conveniente.

23. FECHA DE VIGENCIA INICIAL Y COBERTURA DEL SEGURO:
La cobertura que otorgue LA COMPAÑÍA es de aplicación al Asegurado a partir del día de inicio de la vigencia de la póliza. Este seguro tendrá vigencia desde la fecha de suscripción del presente contrato, y el derecho a cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud por parte de LA COMPAÑÍA. La continuación en el tiempo de este derecho a cobertura se encuentra condicionado al pago oportuno de la prima mensual de acuerdo con lo indicado en la cláusula 8 de este condicionado general.

En caso de cualquier modificación en las coberturas y alcances del presente seguro por normas posteriores a la suscripción de la presente póliza, las tasas para determinar la prima serán materia de reajuste y de un endoso de acuerdo con ley, a fin de mantener su vigencia.

24. SUBROGACIÓN DE DERECHOS:

Queda expresamente establecido que LA COMPAÑÍA se subrogará en forma

automática en la posición del Asegurado en los casos en que exista(n) tercero(s) responsable(s) del daño y podrá en consecuencia reclamar de éstos el valor de las prestaciones otorgadas al Asegurado o a sus Beneficiarios legales.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá repetir contra el Contratante por el costo de las prestaciones otorgadas por los siniestros de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que se produzcan a consecuencia directa del incumplimiento de las normas de salud ocupacional o de seguridad industrial, o por negligencia grave que le sea imputable al Contratante, o por agravación de riesgo o incumplimiento de las medidas de protección o prevención.

25 SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:
El Contratante y/o Asegurado, o sus Beneficiarios, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En esta línea, el Asegurado o beneficiario(s) responsable(s), que actúe fraudulentamente, exagere los daños o emplee medios falsos para probarlos, además de perder el derecho a ser indemnizado, será desafiliado de la póliza contratada por el Contratante y/o perderá el derecho del beneficio a ser indemnizado, según corresponda. Esta desafiliación del Asegurado involucrado en los supuestos descritos se retrotraerá al momento en que se produjo la causal.

Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente de acuerdo con lo señalado en párrafos anteriores, LA COMPAÑÍA enviará una comunicación a EL BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura.

26. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA. Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de requerimientos o reclamos son:

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440

27. MODIFICACION DE CONDICIONES DEL CONTRATO

Cualquier modificación en el riesgo, en los porcentajes de pensión o en las prestaciones que otorgue mayores beneficios generará el correlativo reajuste de primas. Asimismo, LA COMPAÑÍA queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza, salvo indicación normativa específica sobre el particular.

Las modificaciones que se realicen durante la vigencia de la Póliza deberán realizarse conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, con la conformidad del Contratante. En este sentido, durante la vigencia de la póliza no pueden realizarse modificaciones sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta de LA COMPAÑÍA y tomar una decisión dentro del plazo de 30 días desde comunicada la misma; siendo que la falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. Se exceptúan de esta regla los supuestos de modificación por agravación del riesgo que se rigen por lo dispuesto en el párrafo subsiguiente.

La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Cabe precisar que lo detallado no exime al CONTRATANTE que le apliquen las causales de resolución detalladas en el artículo 15 de este condicionado general, en caso correspondan.

Las modificaciones producto de hechos o circunstancias que agraven el riesgo de LOS ASEGURADOS y sean de tal magnitud que, si son conocidas por LA COMPAÑÍA al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas, deberán realizarse siguiendo el procedimiento previsto en el artículo 20 de las presentes condiciones generales.

La COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N°26790.

28. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, podrá efectuarse vía telefónica y/o mediante carta al domicilio físico y/o correo electrónico de LA COMPAÑÍA o vía telefónica y/o mediante carta al correo electrónico y/o domicilio físico de EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE. Las comunicaciones mediante llamada

telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Las comunicaciones de LA COMPAÑÍA realizadas mediante envío físico al domicilio, al correo electrónico y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, son válidas y debidamente notificadas, en tanto LA COMPAÑÍA mantenga una constancia del envío de estas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud de Seguro y Certificado respectivo y/o en los datos de contacto que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO hayan proporcionado a través de EL CONTRATANTE.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

29. COPIA DE LA POLIZA:

EL ASEGURADO tendrá derecho a solicitar una copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud.

30. TRIBUTOS:

Todos los tributos, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación y las pensiones serán de cargo del Contratante y/o del Asegurado, del (los) Beneficiario(s) o herederos legales, salvo aquellos que por imperio de la ley sean de cargo de LA COMPAÑÍA.

31. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre LA COMPAÑÍA, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de LA COMPAÑÍA ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.