

**PROPUESTA DE PÓLIZA**

**SEGURO DE COMPLEMENTARIO  
DE TRABAJO DE RIESGO - SALUD**

**“Carretera Longitudinal de la Sierra - Tramo 2:  
Ciudad de Dios - Calamarca- Chiple, Cajamarca-  
Trujillo y Dv. Chileta-Emp. PE-3N**

**Concesionaria Vial Sierra Norte S.A.**

---

La presente Propuesta de Póliza no otorga cobertura alguna, sino que sólo representa las condiciones que se pretende contratar, para dar cumplimiento a los seguros exigidos en contrato.

---

**CONDICIONES PARTICULARES**

CONTRATANTE: CONCESIONARIA DE LA SIERRA NORTE, S.A

DIRECCIÓN PRINCIPAL:

DIRECCION DE COBRANZA:

ACTIVIDAD ECONÓMICA: 949005

COLECTIVO ASEGURADO: PERSONAL DE OFICINA

ASEGURADOS: OBREROS ALTO RIESGO

INICIO VIGENCIA: A CONVENIR

VENCIMIENTO: A CONVENIR

CATEGORÍA: EMPLEADOS ALTO RIESGO

**BORRADOR DE PÓLIZA**

**POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO -  
CONDICIONES GENERALES**

La presente póliza ha sido emitida en función de la información declarada al solicitar la cotización que dio origen a la misma.

La Aseguradora emite la presente póliza a usted, en adelante El Contratante, para asegurar al Asegurado contra los riesgos de muerte e invalidez derivados de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales. Los términos y condiciones que rigen el presente contrato de seguro son los siguientes:

**1. DEFINICIONES:**

**1.1 ACCIDENTE DE TRABAJO:** 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 trabajador 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 Trabajador 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 Trabajador 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 los siguientes:

- a) El que se produce 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) El provocado intencionalmente por el propio Trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del Trabajador 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 Trabajadores, ya sea de manera individual o general, para su cumplimiento, constituyen ordenes específicas impartidas por el Contratante.
- d) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- e) El que sobrevenga 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 Trabajador.

- 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 Trabajadores 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 el que lo sustituya.

**1.3 ASEGURADO:** En adelante denominado Trabajador es todo empleado u obrero que labora bajo relación de dependencia o en calidad de socio de una cooperativa de trabajadores, que en sí mismo está expuesto al riesgo asegurado y a cuyo favor se hubiere extendido el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo bajo cualquiera de sus coberturas sea mediante la declaración del Contratante que lo reconozca como trabajador al suscribir la presente póliza, o al informarlo al momento del inicio de su relación laboral.

En este sentido, el Trabajador 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 ASEGURADOS OBLIGATORIOS:** La totalidad de trabajadores, empleados u obreros, eventuales, temporales o permanentes que laboran en un centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades de riesgo previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA, y ampliadas en la Normas Técnicas según el Decreto Supremo N 003-98-SA.

Son también asegurados obligatorios los trabajadores que no perteneciendo al centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades referidas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, a juicio del Contratante y bajo su responsabilidad.

**1.5 CENTRO DE TRABAJO:** 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. 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 expuestas al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad desarrollada por el Contratante, éste podrá decidir, bajo su responsabilidad, la no contratación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para dichos trabajadores.

**1.6 CONTRATANTE:** Es 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.

- 1.7 DERECHO HABIENTES:** De ahora en adelante los denominados Beneficiarios, son los familiares del Trabajador 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 la pensión de sobrevivencia. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción. Respecto a los gastos de sepelio que se generen por el fallecimiento del Trabajador, éstos se reembolsarán a la persona natural o jurídica que demuestre haberlos efectivamente pagado.
- 1.8 ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al Trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. El listado 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.
- 1.9 FECHA DE SINIESTRO:**
- El día del accidente, en caso de invalidez o muerte inmediata por accidente de trabajo.
  - El día de la configuración de la invalidez, en caso de la enfermedad profesional.
  - El día de la configuración de la invalidez, en caso de accidente cuya invalidez no se manifieste inmediatamente.
- 1.10 LEY:** La Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus normas reglamentarias.
- 1.11 REMUNERACION ASEGURABLE:** Remuneración constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del Trabajador percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a 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 recibirán 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 Trabajadores 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.

- 1.12 REMUNERACIÓN MÁXIMA ASEGURABLE:** 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.
- 1.13 REMUNERACION MENSUAL:** Es el 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 Trabajador 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.
- 1.14 SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO:** Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga a sus afiliados regulares, empleados u obreros, que laboren en un centro de trabajo en el que la Entidad Empleadora realiza las actividades de riesgo contenidas en el Anexo 5 del D.S. 009-97-SA o norma que lo sustituya, una cobertura adicional por accidente de trabajo y enfermedad profesional brindando prestaciones de salud (a cargo de EsSalud o de Empresas Prestadoras de Salud - EPS); y pensión de invalidez total o parcial y temporal o permanente, pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio (a cargo de la ONP o las empresas de seguros autorizadas).

## 2. OBJETO DEL SEGURO:

Mediante el presente contrato La Aseguradora se compromete a otorgar cobertura a los Trabajadores 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 las siguientes cláusulas.

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.

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

Sólo los funcionarios autorizados de La Aseguradora están facultados para emitir o modificar en nombre de ella este contrato de seguro. La Aseguradora no será responsable por ninguna promesa hecha o que en el futuro hiciera cualquier otra persona no facultada para ello.

De conformidad con el artículo 341° de la Ley 26702 (Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros), la presente póliza deberá estar firmada por el Contratante, al igual que la copia de la póliza emitida y sus posteriores modificaciones.

## 3. 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 estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales prevalecerán las últimas sobre las primeras. Los Endosos prevalecen sobre todas las condiciones anteriores.

Esta póliza se extiende en favor de los Trabajadores debidamente declarados e identificados por el Contratante en las planillas enviadas a La Aseguradora al inicio de vigencia de la presente póliza y dentro de los 15 (quince) primeros días de cada mes siguiente, tomando en consideración las remuneraciones consignadas en dicho documento. Los trabajadores no declarados con nombres, apellidos y remuneración dentro del plazo indicado, carecen de cobertura de acuerdo a la cláusula quinta de las presentes Condiciones Generales. 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 a 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.

La Aseguradora no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre los Trabajadores, previo a la celebración del contrato, así como al momento de la incorporación de un nuevo trabajador, ello con el fin de establecer la delimitación de cobertura a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa a la contratación de la presente póliza. La negativa del Contratante en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud, en el caso de nuevos trabajadores declarados, constituye causal de resolución de la presente póliza. Se deja expresa constancia que no constituye un mecanismo de selección entre trabajadores, el hecho de que una misma Entidad Empleadora contrate el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo con diferentes compañías aseguradoras para las distintas sedes o zonas geográficas de sus centros de trabajo.

El Contratante está obligado a proporcionar a La Aseguradora la información médica de los Trabajadores durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoria médica para control de la evolución del estado de salud de los Trabajadores. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual La Aseguradora cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar a La Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Trabajadores del Contratante, debiendo éste y los Trabajadores brindar las facilidades necesarias. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual La Aseguradora cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

#### **4. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:**

Las coberturas son las siguientes:

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

##### **4.1 PENSION DE INVALIDEZ:**

La Aseguradora pagará al Trabajador, que como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara 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 Aseguradora se iniciará una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social en Salud (ESSALUD).

**4.1.1 Invalidez Parcial Permanente:** La Aseguradora pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al Trabajador que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a dos tercios, según la evaluación realizada por el médico de La Aseguradora o la entidad que ésta designe. El monto de esta pensión será equivalente al 50% de la remuneración mensual del Trabajador, 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.

**4.1.2 Invalidez Total Permanente:** La Aseguradora pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al Trabajador que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios, según la evaluación realizada por el médico de La Aseguradora o la entidad que ésta designe.

La pensión será, del 100% de la Remuneración Mensual, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el Trabajador calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedara definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para moverse 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 Trabajador o la disminución del grado de invalidez.

El Trabajador 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 Aseguradora 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 Trabajador a recibir pensiones futuras que le correspondan y de La Aseguradora de iniciar las acciones legales que le correspondan.

**4.1.3 Invalidez Temporal:** En el caso de la invalidez temporal, La Aseguradora pagará al Trabajador la pensión mensual que le corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los numerales 4.1.1 y 4.1.2, 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 al procedimiento del párrafo anterior.

**4.1.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%:** En caso que las lesiones sufridas por el Trabajador dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, La Aseguradora pagará por única vez al Trabajador inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que le correspondería a una invalidez permanente total. En estos casos, el Contratante queda prohibido de prescindir de los servicios del Trabajador 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.

#### 4.2 PENSION DE SOBREVIVENCIA:

La Aseguradora pagará una pensión de sobrevivencia a favor de los Beneficiarios del Trabajador en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Trabajador haya sido ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Cuando el Trabajador fallezca 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, de acuerdo a la cláusula anterior; o,
- c) Por el fallecimiento producido mientras el Trabajador se encontrara 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 Aseguradora.

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 la cláusula 4.2.1 siguiente referida al monto de la pensión y se

aplicarán a la pensión de invalidez percibida por el Trabajador el mes anterior a su fallecimiento; o a la remuneración mensual percibida por el Trabajador.

La obligación de La Aseguradora alcanza sólo el 100% de la pensión o de la remuneración mensual del Trabajador. En caso 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 Trabajador 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 superviviente y la de los hijos.

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

#### 4.2.1 Beneficiarios de la Pensión de Supervivencia:

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

- a) El 42% de la Remuneración Mensual del Trabajador, 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 Trabajador, 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 Trabajador 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 Trabajador para cada uno de los padres del Trabajador 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 del padre o 55 años en caso de la madre, 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 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 a 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 Trabajador, 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 Aseguradora 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 10.2 de la presente póliza.

#### **4.3 GASTOS DE SEPELIO:**

La Aseguradora reembolsará los gastos del funeral del **Trabajador** que fallezca como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) por una causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez total o parcial, permanente o temporal bajo este seguro.

A estos efectos se entiende como gastos de sepelio a los incurridos por los siguientes conceptos: ataúd, capilla ardiente, carroza, tumba en el cementerio o nicho perpetuo, trámites, instalación del servicio, aviso de defunción, aparato floral, salón de velatorio y cargadores.

El reembolso será a favor de la persona natural o jurídica que demuestre haberse hecho cargo de dichos gastos; y en ningún caso excederá del monto límite correspondiente para gastos de sepelio al mes de fallecimiento, aplicable para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

#### **5. RIESGOS EXCLUIDOS:**

La Aseguradora queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en 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 que el **Trabajador** con calidad de **Asegurado Obligatorio** no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el **Contratante**, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del **Trabajador** producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

## 6. INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

El presente contrato se celebra a plazo indefinido e inicia su vigencia en el día y hora señalada en las Condiciones Particulares. Dentro de su vigencia podrá ser resuelto por La Aseguradora 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 Aseguradora enviará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

El Contratante podrá resolver el contrato, sin que medie causal de resolución, después de un año de vigencia de la cobertura y mediante un preaviso escrito no menor de 90 (noventa) días calendario.

## 7. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: RESOLUCIÓN Y RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, sin más requisito que una comunicación por escrito a La Aseguradora, de acuerdo a lo indicado en el segundo párrafo de la cláusula 6 precedente.
- b) Por falta de pago de la prima, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula 8 siguiente.
- c) Por el incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratante, conforme a lo indicado en el primer párrafo de la cláusula 6 precedente.

La rescisión o nulidad deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

El contrato de seguro es nulo si el Contratante:

- a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable, esto quiere decir si el riesgo cubierto se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante- de circunstancias por él conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

En caso de nulidad La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Contratante y/o Trabajador realice una declaración falsa u obren de mala fe, en cuyo caso La Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas por el plazo de un año, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Trabajador que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

### **8. PRIMA:**

El monto de la prima se calculará multiplicando la Tasa Mensual que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el Monto de la Planilla Mensual correspondiente al mes inmediatamente anterior al mes declarado para efecto de este seguro, tomando en cuenta el tope de la Remuneración Asegurable. Las remuneraciones asegurables declaradas en las planillas para el pago mensual de las primas será el monto máximo a considerar para el cálculo de la Remuneración Mensual del Trabajador.

El pago de la totalidad de la prima es de cargo del Contratante que suscribe el presente contrato, y deberá ser pagada por adelantado a La Aseguradora en forma mensual de acuerdo a la planilla declarada el mes anterior, declaración que forma parte del presente contrato, al contener los nombres, apellidos y remuneración del Trabajador.

El Contratante tiene un plazo de 15 (quince) días calendario contados a partir del primer día de cada mes de vigencia, para efectuar los pagos directamente en las entidades financieras designadas por La Aseguradora o en las oficinas de la misma, remitiendo a estos efectos la planilla detallada correspondiente al mes anterior. A estos efectos, el importe de la prima correspondiente al mes de inicio de vigencia será proporcional por los días que faltan para completar dicho mes y deberá ser pagada a los 10 (diez) días de emitida la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida, es causal de resolución automática del presente contrato, a menos que La Aseguradora 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 resolución automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la resolución automática por falta de pago, La Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad.

### **9. AVISO Y CALIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:**

Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el Contratante deberá dar aviso a La Aseguradora dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia del mismo, utilizando para tal fin el formulario que para tal efecto se le suministra. El Contratante será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.

- 1) En caso de accidentes de trabajo: El Contratante deberá informar lo siguiente:
- a) Fecha y hora del accidente
  - b) Nombre y apellidos del Trabajador.
  - c) DNI del Trabajador.
  - d) Edad del Trabajador.
  - e) Domicilio del Trabajador

- f) Labor desempeñada por el Trabajador
- g) Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.
- h) Nombre y domicilio de los testigos.
- i) Sustento del reporte de accidente de trabajo efectuado al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.

Para la evaluación y calificación correspondiente se deberá presentar a La Aseguradora la siguiente documentación adicional:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Trabajador consignando los siguientes datos: día y hora de la atención, clase de lesión, la intervención particular, el tratamiento iniciado, las causas del accidente, las consecuencias posibles o probables.
- b) Parte policial o atestado policial de corresponder.
- c) Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, al cual se encuentra obligado el Contratante en virtud del artículo 82 de la Ley N° 29783 y su reglamento.

Si a causa del accidente de trabajo ocurrió el fallecimiento del Trabajador, deberá además presentarse la siguiente documentación:

- a) Protocolo de necropsia.
- b) Partida de defunción o acta de defunción.
- c) Copia simple del documento de identidad del Trabajador fallecido.
- d) Dosaje etílico y/o estudio químico toxicológico.

2) En caso de una enfermedad profesional: El Contratante deberá comunicar por escrito a La Aseguradora el diagnóstico de la enfermedad profesional o de la ocurrencia que la evidencia, lo que ocurra primero.

Para el seguimiento, la evaluación y la calificación correspondiente se deberán presentar a La Aseguradora los siguientes documentos adicionales:

- a) Certificado médico que consigne la enfermedad que padece el asegurado y su posible origen y/o fecha de diagnóstico.
- b) Constancia de subsidios por incapacidad otorgado por la Seguridad Social conforme se van otorgando.

Los documentos mencionados y cualesquiera otros certificados y pruebas que La Aseguradora considere necesarios serán suministrados por el Contratante, el Trabajador víctima del accidente o de sus Beneficiarios según el caso.

Los documentos requeridos para solicitar las prestaciones son los indicados en el apartado correspondiente a cada una de ellas y están descritos en la cláusula siguiente, los mismos que deberán presentarse adicionalmente a los señalados para el aviso y calificación del siniestro.

En caso de fallecimiento, La Aseguradora se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, de acuerdo a ley.

## **10. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

### **10.1 PENSIÓN DE INVALIDEZ:**

Vencido el subsidio máximo de ley de 11 meses y 10 días a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Trabajador deberá presentar a La Aseguradora los siguientes documentos completos:

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe La Aseguradora.
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Trabajador, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente.
- c) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de alta o baja del paciente.
- d) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. (ESSALUD)
- e) Declaración Jurada del Contratante y de anteriores empleadores del Trabajador, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el Trabajador hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de (ESSALUD). En caso que el Trabajador hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses, acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.
- f) Partida de nacimiento o cualquier otro documento que acredite su edad.
- g) Declaración Jurada de Beneficiarios según modelo otorgado por La Aseguradora.

Al fallecimiento del Trabajador que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, La Aseguradora pagará los gastos de sepelio correspondientes e iniciará el pago de la pensión de sobrevivencia a sus Beneficiarios, de acuerdo al trámite correspondiente a cada prestación.

La pensión de invalidez a favor del Trabajador se devengará desde el día siguiente de finalizado el periodo de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud, siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

### **10.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:**

Ocurrido el fallecimiento del Trabajador, sus Beneficiarios de ley deberán presentar los siguientes documentos completos directamente a La Aseguradora:

- a) Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe La Aseguradora.
- b) Certificado Médico de Defunción.
- c) Atestado Policial y Certificado de Necropsia si el fallecimiento del Trabajador es a consecuencia de un accidente.

- d) Documentos legalizados que acrediten a los beneficiarios como tales según lo que se indica en el presente numeral.
- e) Declaración Jurada del **Contratante** y de anteriores empleadores del **Trabajador**, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el **Trabajador** hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de ESSALUD. En caso que el **Trabajador** hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.
- f)
1. Cónyuge o Concubino: Partida de Nacimiento / DNI  
Partida de Matrimonio Civil, o Declaración Judicial de Concubinato según artículo 326 del Código Civil, o Reconocimiento notarial de unión de hecho.
  2. Hijos: Partida de Nacimiento / DNI
  3. Hijos Inválidos: Partida de Nacimiento / DNI  
Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez
  4. Padre y/o Madre: Partida de Nacimiento del Trabajador  
Partida de Nacimiento / D.N.I. de los padres  
Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez  
Declaración Jurada de Dependencia Económica

El plazo para la presentación de los **Beneficiarios** de la pensión de sobrevivencia será de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del **Trabajador**. En este caso las pensiones devengan desde la fecha del siniestro - fecha de fallecimiento del **Trabajador**. Los **Beneficiarios** que se presenten con posterioridad a 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. De haberse presentado otros beneficiarios con anterioridad, la presentación de nuevos beneficiarios no generará aporte adicional a cargo de **La Aseguradora**, sino un recálculo del capital requerido ya calculado.

Los certificados que acrediten la calidad de **Beneficiarios** podrán ser exigidos por **La Aseguradora** en cualquier momento. Asimismo, los **Beneficiarios** deberán cumplir con acreditar su supervivencia según lo dispuesto por **La Aseguradora**, en concordancia con lo establecido en el artículo 27.3 del D.S. 003-98-SA.

### 10.3 GASTOS DE SEPELIO:

Para obtener esta prestación el interesado deberá presentar a **La Aseguradora** los siguientes documentos completos:

- a) Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe **La Aseguradora**.
- b) Certificado de Defunción del **Trabajador**.
- c) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

La Aseguradora pagará directamente al Trabajador 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 Trabajador o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución o laudo arbitral que corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los 10 (diez) 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 Aseguradora o la entidad que ésta designe.

## 11. REAJUSTE DE PENSIONES:

Las pensiones a otorgar bajo esta póliza, pactadas en moneda nacional, se reajustarán según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), o el indicador que lo sustituya, reajustándose trimestralmente en los meses de enero, abril, julio y octubre, tomando en consideración la inflación acumulada en el trimestre anterior o a la fracción de éste según corresponda.

Las pensiones pactadas en moneda extranjera se sujetarán a las normas que sobre la materia apruebe la SBS para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

## 12. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de los Trabajadores y de los ambientes de trabajo.
- b) Diseñar y ejecutar programas de seguridad y salud ocupacional.
- c) Informar a La Aseguradora sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula 9; así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación, según lo indicado en la cláusula siguiente; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Trabajadores, según la cláusula 14.
- d) Facilitar la capacitación de los Trabajadores del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
- e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras norma sobre salud ocupacional y seguridad industrial.

- f) Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridas por La Aseguradora para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo o como medida de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por La Aseguradora 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 Aseguradora 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 Trabajadores, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de La Aseguradora, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Trabajador.
- i) Facilitar a La Aseguradora, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Trabajador al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los trabajadores 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 trabajadores, el Contratante se compromete a proporcionar a La Aseguradora en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Trabajador, 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 Trabajador para la realización del examen médico de retiro.

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

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 3 de esta póliza, así como las exigidas por La Aseguradora por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

### **13. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:**

El Contratante deberá informar a La Aseguradora, 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 Aseguradora 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 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.

#### **14. ENTRADAS Y SALIDAS DE TRABAJADORES EN LA PLANILLA MENSUAL:**

Sólo se otorgará cobertura bajo la presente póliza a los trabajadores incluidos y declarados en la planilla mensual del Contratante al momento de la suscripción de la misma. Es obligación del Contratante presentar oportunamente a La Aseguradora la planilla mensual de Trabajadores por adelantado, 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 trabajadores propios de la empresa con los contratistas. A falta de especificación se entenderá que todos los Trabajadores 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 Trabajadores a la planilla deberá ser comunicada a La Aseguradora 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 trabajador no reportado carecerá de cobertura de la presente póliza. La comunicación será por escrito y deberá contener los datos del Trabajador cesado del centro de trabajo o del que inicia una relación laboral, según formato establecido por La Aseguradora.

Asimismo, el Contratante se encuentra obligado a informar a La Aseguradora 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 trabajadores asegurados.

#### **15. 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 exige La Aseguradora a efectos de otorgar la cobertura de la presente póliza.

Cualquier incumplimiento de estas normas dará el derecho a La Aseguradora 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 Aseguradora podrá utilizar los medios y sistemas que considere conveniente.

#### **16. DEBERES DEL TRABAJADOR:**

Son deberes del Trabajador 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 segunda 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 **Aseguradora** 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 no estar conforme con el menoscabo de invalidez determinado por La **Aseguradora** y opte por solicitar la elevación del expediente al Instituto Nacional de Rehabilitación, deberá comunicar esta decisión a La **Aseguradora** en un plazo no mayor a diez (10) días calendario contado desde la fecha en que ésta le comunicó su grado de invalidez.

#### **17. FECHA DE VIGENCIA INICIAL Y COBERTURA DEL SEGURO:**

La cobertura que otorgue La **Aseguradora** es de aplicación al **Trabajador** 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 empresa de seguros. La continuación en el tiempo de este derecho a cobertura se encuentra condicionado al pago oportuno de la prima mensual de acuerdo a lo indicado en la cláusula 8 de la presente póliza.

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 a ley, a fin de mantener su vigencia.

#### **18. SUBROGACIÓN DE DERECHOS:**

Queda expresamente establecido que La **Aseguradora** se subrogará en forma automática en la posición del **Trabajador** 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 **Trabajador** o a sus **Beneficiarios** legales.

Asimismo La **Aseguradora** 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.

#### **19. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:**

El Contratante y/o Trabajador, o sus Beneficiarios, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Aseguradora 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.

#### **20. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:**

El Trabajador autoriza expresamente a La Aseguradora, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

**BORRADOR DE PÓLIZA**

## 21. QUEJAS Y RECLAMOS:

El Contratante, Trabajadores y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a La Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de su recepción.

## 22. CONSENTIMIENTO PREVIO:

Se deja expresa constancia que el Contratante ha otorgado su consentimiento expreso previo para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza, siempre y cuando La Aseguradora cumpla con comunicar tales modificaciones de manera escrita, con una anticipación no menor de 45 (cuarenta y cinco) días calendario a la fecha en que entrarán en vigencia dichos cambios.

Adicionalmente, y siempre que la modificación obedezca a causas objetivas relacionadas con la siniestralidad de la póliza, el Contratante autoriza a La Aseguradora para que modifique los términos del presente contrato, debiendo para ello cumplir con el preaviso indicado en el párrafo precedente, sin que ello afecte el derecho del Contratante a desvincularse del mismo sin que se le aplique ninguna penalidad.

## 23. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

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 Aseguradora queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo. Para el reajuste de la prima, La Aseguradora deberá comunicar al Contratante la variación o cambio de la misma con una anticipación no menor de 45 (cuarenta y cinco) días calendario a la fecha en que entrarán en vigencia dichos cambios. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la propuesta, para analizarla y tomar una decisión; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza.

## 24. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el Contratante y/o Trabajador queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de La Aseguradora, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Aseguradora utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y

seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante y/o Trabajador información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El Contratante reconoce y acepta que el Trabajador podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el Contratante y/o Trabajador son esenciales para las finalidades indicadas.

Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

**BORRADOR DE PÓLIZA**

**25. COMUNICACIONES Y DOMICILIO ENTRE LAS PARTES:**

Todas las comunicaciones entre La Aseguradora y el Contratante y/o Trabajador deberán realizarse por escrito.

Para los efectos del presente contrato La Aseguradora, el Contratante y el Trabajador señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general. Si el Contratante o Trabajador cambiara de domicilio, deberán comunicar tal hecho a La Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

**26. 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 Trabajador, del (los) Beneficiario(s) o herederos legales, salvo aquellos que por imperio de la ley sean de cargo de La Aseguradora.

**27. SOLUCION DE CONTROVERSIAS:**

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre La Aseguradora, el Contratante, el Trabajador, 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 Aseguradora 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 Aseguramiento en Salud.

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el Trabajador 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.