



Vida Ley Cesantes - Soles // Vida Ley Cesantes D.L N°688 (adecuado a la Ley N° 29549)

Condiciones Generales

RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS

SEGURO DE VIDA LEY CESANTES

La presente Póliza de Seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

CAPÍTULO I.- DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1° OBJETIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La presente Póliza, la Solicitud de Seguro presentada por EL CONTRATANTE / ASEGURADO, la Declaración Jurada de los Beneficiarios con firma legalizada y la documentación presentada como sustento de la última remuneración percibida al momento de la contratación del seguro por EL CONTRATANTE / ASEGURADO, constituyen el contrato único entre RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante simplemente LA COMPAÑÍA) y EL CONTRATANTE / ASEGURADO, cuyos datos de identificación y demás información constan en las Condiciones Particulares, y servirán de base para el pago de las primas y la atención de siniestros.

En virtud del presente Contrato de Seguro, EL CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida en las Condiciones Particulares y LA COMPAÑÍA al pago de los beneficios previstos a los Beneficiarios de EL

CONTRATANTE / ASEGURADO conforme a la normativa vigente, ante la realización del suceso futuro e incierto previsto en la Póliza de Seguro.

La presente Póliza de Seguro es aplicable a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 29549 publicada el 05 de Julio de 2010.

ARTÍCULO 2° BASES DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las bases de la presente Póliza de Seguro son las siguientes:

A. EL CONTRATANTE / ASEGURADO está obligado a acreditar el cese de sus labores como trabajador dependiente y declarar la última remuneración real que percibió al cese de la relación laboral presentando la siguiente información:

A.1 Carta dirigida a LA COMPAÑÍA solicitando la continuidad del Seguro Vida Ley.

A.2 Carta o Constancia de Cese expedida por el ex empleador de EL CONTRATANTE / ASEGURADO. (*)

A.3 Liquidación de beneficios sociales. (*)

A.4 Boleta de pago de los tres (3) últimos meses con firma y sello del empleador. Si en los últimos meses previos al cese EL CONTRATANTE / ASEGURADO ha estado con descanso médico o de vacaciones, entonces adjuntar una cuarta boleta. (*)

A.5 Declaración Jurada de Beneficiarios con firma legalizada notarialmente de EL CONTRATANTE / ASEGURADO.

A.6 Copia del Documento Oficial de Identidad de EL CONTRATANTE / ASEGURADO.

A.7 Copia del Documento Oficial de Identidad de EL CONTRATANTE / ASEGURADO.

En el caso de que la remuneración real a la cual hace referencia el literal A) precedente sea superior a la remuneración máxima vigente en aplicación de lo dispuesto en el D.L. 688, la suma asegurada se calculará en base al tope de la remuneración máxima.

(*) Original con firma de un funcionario autorizado del ex empleador. Puede ser también una Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada).

- B. La Póliza de Seguro y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente consensuados por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE / ASEGURADO.
- C. Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Generales.

ARTICULO 3° INDISPUTABILIDAD

La Póliza está exenta de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes y género de vida de EL CONTRATANTE / ASEGURADO, con excepción de lo especificado en el Artículo 19° “Eventos en los cuales no se otorgará la cobertura de Ley” y será indisputable desde la fecha de su emisión, salvo el caso de dolo o fraude en perjuicio de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 4º PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta Póliza la totalidad de los trabajadores que (i) hayan cesado su relación laboral como trabajadores dependientes, (ii) que hayan figurado en los registros del ex empleador, (iii) que al momento del cese en su relación laboral hubieran sido asegurados de LA COMPAÑÍA dentro de una Póliza de Vida Ley para trabajadores activos, (iv) que soliciten el presente seguro en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendarios desde la fecha de cese.

ARTÍCULO 5º DE LA DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

EL CONTRATANTE / ASEGURADO declara que antes de suscribir la presente Póliza de Seguros ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales y Particulares.

Ambas partes declaran que las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo contratado que fuera aprobadas por mandato legal imperativo aplican desde la fecha de entrada en vigencia de dichas normas, sin perjuicio que de dichas modificaciones sean informadas al CONTRATANTE / ASEGURADO por los medios de comunicación acordados entre las partes.

ARTÍCULO 6º INICIO DE COBERTURA Y CAUSALES DE TÉRMINO DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de LA COMPAÑÍA. La Póliza de Seguro inicia y termina su cobertura a las

12 del mediodía (12:00 m) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 7º RENOVACIÓN.

La presente póliza será renovada con vigencia anual y bajo los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares.

EL ASEGURADO deberá solicitar anualmente su renovación remitiendo una carta simple adjuntando copia de su DNI en un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de cada fin de vigencia.

Se deja constancia que la propuesta de modificaciones contractuales se realizará tomando en consideración la norma vigente a la fecha de contratación de esta Póliza de Seguro de Vida Ley Cesantes.

De no solicitarse la renovación de la póliza, esta habrá terminado automáticamente y habrá quedado sin efecto alguno entre las partes desde la fecha de fin de vigencia pactada en la última póliza, sin necesidad de comunicación adicional alguna por parte de LA COMPAÑÍA y sin posibilidad de rehabilitación.

ARTÍCULO 8º TASAS DE PRIMAS

La tasa de prima es aplicable a la última remuneración percibida por el trabajador, hasta el tope de la remuneración máxima definida en el Artículo 20 del presente documento.

EL ASEGURADO deberá tener en cuenta que, para efectos de calcular el monto de la prima o para liquidar la suma asegurada en caso de siniestro, la remuneración mensual no podrá exceder el tope de la remuneración máxima, la cual establece la SBS en forma trimestral. EL ASEGURADO podrá obtener la información respecto a la remuneración máxima vigente en www.sbs.gob.pe.

ARTÍCULO 9º PAGO DE LAS PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA

La prima correspondiente a esta Póliza deberá ser pagada, bajo la forma y oportunidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA. -

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑIA comunica al CONTRATANTE / ASEGURADO, de manera cierta y a través de los medios de comunicación acordados entre las partes: i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima, ii) cuáles son las consecuencias de la suspensión de la cobertura, y iii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE / ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La COMPAÑIA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

ii. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA). -

LA COMPAÑIA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE / ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la COMPAÑIA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑIA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

iii. EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO. -

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑIA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la COMPAÑIA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

iv. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA. -

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la COMPAÑIA no haya expresado por escrito su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE / ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑIA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 10° NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de Seguro deviene en nula de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE / ASEGURADO –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 este caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

En caso de que el CONTRATANTE / ASEGURADO no esté de acuerdo con la nulidad de la presente Póliza de Seguros, podrá recurrir a la vía que crea conveniente para hacer valer su derecho.

El CONTRATANTE / ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE / ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a La ASEGURADORA el importe total de la suma recibida.

En caso de que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE / ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.

ARTÍCULO 11° RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS:

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo 9° de las presentes Condiciones Generales, la presente Póliza de Seguro, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA, podrá quedar resuelta mediante comunicación escrita dirigida al domicilio del CONTRATANTE / ASEGURADO, perdiendo este todo derecho emanado de la Póliza de Seguro, a partir de la fecha en que se incurran las siguientes causales:

- A. Solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso será causal para resolver la Póliza de Seguro. Ello sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por LA COMPAÑÍA dentro del plazo normativo.
- B. Por incumplimiento en el Pago de la Prima, conforme lo señalado en el acápite ii) del Artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.

La presente Póliza de Seguro quedará resuelta a los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE / ASEGURADO recibe una comunicación escrita por parte de la COMPAÑÍA invocando la resolución.

En caso de que el presente contrato de seguro se resuelva en virtud de lo dispuesto anteriormente, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas que representen el período no devengado al CONTRATANTE / ASEGURADO en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se haya producido la resolución, conservando LA COMPAÑÍA, las primas pagadas por el período de cobertura que haya transcurrido.

Terminada la vigencia de la presente Póliza de Seguro, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de LA COMPAÑÍA de los riesgos que asume y esta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la fecha de término, salvo en el caso de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, en cuyo caso la presente Póliza de Seguro brindará cobertura en caso que el riesgo se manifieste a más tardar dentro de los dos (02) años calendario siguientes a la fecha del accidente.

Asimismo, el CONTRATANTE / ASEGURADO podrá dar por resuelta la presente Póliza sin expresión de causa. Para ejercerla, el CONTRATANTE / ASEGURADO deberá acudir en forma presencial a cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro a fin de presentar su solicitud de resolución, o en caso sea gestionada por una tercera persona, deberá presentar dicha solicitud debidamente firmada por el CONTRATANTE / ASEGURADO, cuya firma deberá ser legalizada notarialmente. Del mismo modo, el CONTRATANTE / ASEGURADO podrá usar el mismo mecanismo que utilizó para la adquisición de este producto, para solicitar la resolución de la presente Póliza sin expresión de causa.

La resolución surtirá efectos inmediatos luego que la COMPAÑÍA haya recibido dicha comunicación. LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas correspondientes al periodo no devengado, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución sin necesidad de que el CONTRATANTE / ASEGURADO realice gestión adicional alguna.

ARTÍCULO 12° MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación,

será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE / ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo con Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE / ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 13° BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los Beneficiarios serán las personas designadas por el ASEGURADO en la Póliza de Seguros, conforme al orden de prelación descrito a continuación, el cual es establecido en el Decreto Legislativo N° 688 y según las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

- a. Cónyuge o Conviviente y de sus Descendientes;
- b. A falta de los descritos en el literal a) precedente, corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

En caso de que se active la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.

ARTÍCULO 14° TRIBUTOS

Todos los impuestos y contribuciones, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación, serán del cargo de EL CONTRATANTE / ASEGURADO y/o los Beneficiarios de éste, salvo aquellos que por imperio de la Ley sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

No obstante, si en este último caso LA COMPAÑÍA se viera afectada por mayores tributos, podrá reajustar el monto de las primas, sin perjuicio del derecho de EL CONTRATANTE / ASEGURADO de requerir la resolución de la Póliza del Seguro.

ARTÍCULO 15° ATENCION RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS

LA COMPAÑÍA atenderá los reclamos y requerimientos que se presenten, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles desde la fecha en que fue presentado por EL CONTRATANTE / ASEGURADO o los Beneficiarios de éste a través de (i) sus Plataformas de Atención al Cliente, (ii) escribiendo a atenciónalcliente@rimac.com.pe o (iii) llamando a nuestra Central de Consultas y Reclamos (01) 411-1111.

ARTÍCULO 16° DEFENSORIA DEL ASEGURADO

En caso de que EL CONTRATANTE / ASEGURADO o los beneficiarios de éste quisieran dirigirse ante la Defensoría del Asegurado, podrán acudir a Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima – Perú o a través del Teléfono: (01) 421-0614. Asimismo, podrán comunicarse a través de la dirección de correo electrónico info@defaseg.com.pe, o mediante la página web www.defaseg.com.pe.

ARTÍCULO 17° DOMICILIO

LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE / ASEGURADO señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones.

EL CONTRATANTE / ASEGURADO notificará a LA COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio, caso contrario carecerá de efecto para la presente Póliza de Seguro de Seguro.

ARTÍCULO 18° PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el siniestro. En el caso de las coberturas que cubren el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO 19° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el CONTRATANTE / ASEGURADO o sus Beneficiarios perderán todo derecho al pago indemnizatorio previsto en esta Póliza de Seguro:

- A. Si el CONTRATANTE / ASEGURADO o cualesquiera de sus Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos.
- B. Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE / ASEGURADO, cualesquiera de sus Beneficiarios y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor una

Suma Asegurada en exceso de aquélla que le corresponda de acuerdo con la presente Póliza de Seguro.

ARTICULO 20° DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

EL CONTRATANTE / ASEGURADO: Es el tomador de la póliza y titular del interés asegurable. Persona que celebra con LA COMPAÑÍA el contrato de seguro.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:

- A. Estado absoluto e incurable de alienación mental.
- B. Descerebramiento que no permita al CONTRATANTE / ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- C. Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- D. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- E. Pérdida completa de ambas manos.
- F. Pérdida completa de ambos pies.
- G. Pérdida completa de una mano y un pie.
- H. Otros que se establezcan mediante Decreto Supremo.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por muerte.

Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

LA COMPAÑÍA: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, entidad emisora de la Póliza de Seguro que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de la Póliza de Seguro.

MUERTE NATURAL: Es el deceso del CONTRATANTE / ASEGURADO por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

MUERTE ACCIDENTAL: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del CONTRATANTE / ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

PÓLIZA DE SEGURO: Contrato de seguro conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del Contrato de Seguro.

REMUNERACION MENSUAL ASEGURABLE: Las remuneraciones asegurables para el pago del capital o póliza están constituidas por aquellas que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar debido a incrementos u otros motivos, hasta el tope de la remuneración máxima, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos meses.

CAPÍTULO II.- COBERTURAS

ARTICULO 21° RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizadas por este Seguro son los siguientes:

- A. Muerte Natural: 16 remuneraciones mensuales, que se establecen en base al promedio de lo percibido por el ASEGURADO en el último trimestre previo al fallecimiento.
- B. Muerte Accidental: 32 remuneraciones mensuales que se establecen en base a la remuneración asegurable de EL ASEGURADO.
- C. Invalidez Total y Permanente por Accidente: 32 remuneraciones mensuales que se establecen en base a la remuneración asegurable de EL ASEGURADO. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de él a su cónyuge, curador o apoderado especial.

ARTICULO 22° EVENTOS EN LOS CUALES NO SE OTORGARÁ LAS COBERTURAS DE LEY

Los montos correspondientes a las coberturas de ley no se otorgarán si se deben a las siguientes causas o circunstancias:

1. Suicidio o intento de suicidio, ya que dicho acto no encaja dentro de la definición de Muerte Natural o Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda.

2. Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del CONTRATANTE / ASEGURADO, o de los Beneficiarios del CONTRATANTE / ASEGURADO.

CAPÍTULO III.- CONSIDERACIONES EN CASO DE SINIESTRO

ARTÍCULO 23° AVISO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, y estando esta Póliza en pleno vigor, el ASEGURADO o el(los) Beneficiario(s) del ASEGURADO, acreditando su calidad de tales, deberán reportar el siniestro a la brevedad posible, y deberán presentar los documentos indicados a continuación.

ARTICULO 24° REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO

En caso de Fallecimiento:

- i. Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con dicho documento,
- ii. Copia Certificada del Acta de Defunción, emitida por RENIEC.
- iii. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción, emitido por el médico tratante.

Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental, a excepción del documento descrito en el numeral iii) precedente, deberá presentar:

- i. Copia Certificada del Atestado Policial, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso haya correspondido su emisión y
- ii. Copia Certificada del resultado del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en caso haya correspondido su emisión.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 20° "Definiciones", deberá presentar:

- i. Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado,
- ii. Copia foliada y fedateada de la Historia Clínica (de un centro de salud debidamente autorizado y acreditado por las autoridades correspondientes), donde se pueda apreciar las causas que generaron el estado de Invalidez Total y Permanente.
- iii. Copia Certificada del Informe Médico emitido por el médico tratante indicando el diagnóstico,

- iv. Copia Certificada del Dictamen de Invalidez expedido por el Ministerio de Salud, Servicios de la Seguridad Social, COMAFP o COMEC.

En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de él a su cónyuge o conviviente, curador o apoderado especial.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la cantidad que corresponda en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha en que se formuló la solicitud correspondiente, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre el particular.