

**RESUMEN INFORMATIVO  
POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO**

**La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**  
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N° 370,  
RUC. : 20454073143  
Telf: (511) 513-0000 / Fax: (511) 513-0515  
[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

**RIESGOS CUBIERTOS**

**Pensión de Invalidez**  
**Pensión de Sobrevivencia**  
**Gastos de Sepelio**

**SUMA ASEGURADA.** La Remuneración Asegurable Máxima vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

**EXCLUSIONES.** La Positiva Vida 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 Asegurado 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.

**CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: RESOLUCION Y RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.** Son las indicadas en el artículo 7 de las condiciones generales.

**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 Positiva Vida** 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.

**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.

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

Los documentos mencionados serán suministrados por el **Contratante**, el **Trabajador** víctima del accidente o de sus **Beneficiarios** según el caso.

Además de la información señalada en este apartado, el **Trabajador**, **Beneficiario** y/o **Contratante** deberá presentar la documentación señalada en la cláusula 10 del Condicionado General a fin de obtener la cobertura correspondiente.

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

**PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

**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 Positiva Vida** los siguientes documentos completos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe **La Positiva Vida**.
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al **Trabajador**, expresando día y hora de la atención, clase de lesión, la intervención particular, el tratamiento iniciado, las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del

- paciente. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el **Trabajador** pasará un examen médico a cargo de **La Positiva Vida** para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
- 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. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el **Trabajador** pasará un examen médico a cargo de **La Positiva Vida** para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
  - Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. (ESSALUD)
  - Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuado al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.
  - Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
  - Dosaje Etilico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización.

Al fallecimiento del **Trabajador** que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, **La Positiva Vida** 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 período 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.

#### **PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:**

Ocurrido el fallecimiento del **Trabajador**, sus **Beneficiarios** de ley deberán presentar los siguientes documentos completos directamente a **La Positiva Vida** en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe **La Positiva Vida**.
- Certificado Médico de Defunción.
- Atestado Policial y Certificado de Necropsia si el fallecimiento del **Trabajador** es a consecuencia de un accidente.
- Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuada al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su Reglamento.

- Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
- Partida y Acta de Defunción
- Dosaje Etilico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización. Documentos que acrediten a los beneficiarios como tales, de conformidad a lo siguiente:

<b>Parentesco</b>	<b>Documentación a Presentar</b>
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.
Hijos	Partida de Nacimiento /DNI
Hijos Inválidos	Partida de Nacimiento / DNI Evaluación y Calificación de Invalidez
Padre y/o Madre	Partida de Nacimiento del <b>Trabajador</b> Partida de Nacimiento y 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 Positiva Vida**, sino un recálculo del capital requerido ya calculado.

**El Trabajador o los Beneficiarios presentarán a La Positiva Vida semestralmente, un Certificado de Supervivencia a fin de constatar la subsistencia de su derecho a la pensión. La Positiva Vida podrá retener el pago de las subsiguientes pensiones hasta que se cumpla con este requisito.**

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

Para obtener esta prestación el interesado deberá presentar a **La Positiva Vida** en el plazo 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del **Trabajador**, los siguientes documentos completos en original o

certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe **La Positiva Vida**.
- 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 Positiva Vida** 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 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 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 Positiva Vida** o la entidad que ésta designe.

iii)

**MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Son las indicadas en el artículo 25 de las condiciones generales.

#### **RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

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 Positiva Vida** con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

#### **AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.**

**La Positiva Vida** atenderá los reclamos a través del "Área de Servicio al Cliente".

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas

u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS.** La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que pueda representar una carga para el **Asegurado** o su beneficiario.

#### **INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **La Positiva Vida** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El **Contratante** y/o **Asegurado** podrán presentar sus reclamos de forma directa en la Compañía, conforme se señala en el apartado "AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS" o recurrir a SUSALUD o al INDECOPI. Asimismo sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.
- El presente seguro presenta obligaciones a cargo del **Asegurado**, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El **Contratante** y/o **Asegurado** tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.