

Rímac Seguros y Reaseguros

Vida Ley (Trabajadores) Soles y Dólares

Condiciones Generales

Condicionado General

Vida Ley (Trabajadores) - Soles

**Código SBS: VI0507310065 (Soles)
VI0507320066 (Dólares)**

Ley de Consolidación de Beneficios Sociales

Decreto Legislativo N ° 688 y sus normas modificatorias.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL RENOVABLE ESPECIAL PARA EMPLEADOS Y OBREROS

CAPÍTULO I.- DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1° OBJETIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La presente Póliza, la Solicitud de Seguro presentada por **EL CONTRATANTE**, la Declaración Jurada de los Beneficiarios con firma legalizada y la documentación presentada como las declaraciones, en la periodicidad especificada en las Condiciones Particulares, proporcionadas por **EL CONTRATANTE**, constituyen el contrato único entre **RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS** (en adelante simplemente **LA COMPAÑÍA**) y **EL CONTRATANTE**, cuyos datos de identificación y demás información constan en las Condiciones Particulares, y servirán de base para el pago de primas y la atención de siniestros.

En virtud del presente Contrato de Seguro, **EL CONTRATANTE** 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 ASEGURADO** conforme a la normativa vigente, ante la realización del suceso futuro e incierto previsto en la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 2° BASES DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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

- A. La Póliza de Seguro y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **LA COMPAÑÍA** y por **EL CONTRATANTE**.
- B. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por los diversos mecanismos de comunicación, tanto escritos, como por medio electrónico, y en tanto se haya pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- C. Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Generales.
- D. **EL ASEGURADO** tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro a **LA COMPAÑÍA** y de recibirla dentro de un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud presentada por **EL ASEGURADO**.

ARTICULO 3° PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta Póliza la totalidad de los trabajadores a partir del inicio de su relación laboral con el **CONTRATANTE**, siempre que figuren en sus registros y que hayan sido declarados a **LA COMPAÑÍA**.

ARTÍCULO 4° DE LA DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

EL CONTRATANTE declara que antes de suscribir la presente Póliza de Seguro ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales.

Ambas partes declaran que las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo contratado que fueran aprobadas por mandato legal imperativo aplican desde la fecha de entrada en vigencia de dichas normas.

Las partes igualmente declaran que las siguientes reglas de interpretación son las aplicables a las estipulaciones de esta Póliza de Seguro:

- A. Los títulos de los capítulos y artículos se incluyen para propósitos descriptivos únicamente y no deben afectar la interpretación de los términos y condiciones de la Póliza de Seguro.
- B. Siempre que en esta Póliza de Seguro aparezca un pronombre personal masculino, se considera que también incluye al femenino.
- C. Las definiciones referidas en el Condicionado General deben ser utilizadas y aplicables en toda la Póliza de Seguro. Los términos pueden usarse indistintamente en singular o plural.
- D. Cuando algún término en la Póliza de Seguro no esté especificado o definido, la definición normalmente atribuida a dicho término será la aplicable por el uso o práctica comercial.

ARTICULO 5° DECLARACIÓN NOMINAL DE ASEGURADOS Y EMISIÓN DE CERTIFICADOS

EI CONTRATANTE debe proporcionar a **LA COMPAÑÍA**, en el formato que ésta determine, la relación nominal de Asegurados, a fin de emitir y entregar los Certificados de Seguro individuales, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 6° INICIO DE COBERTURA

La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de **LA COMPAÑÍA**. La Póliza de Seguro inicia su cobertura y termina a las 12 del mediodía (12.00 m) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

La cobertura individual respecto de cada Asegurado se inicia a partir de las 12:00hrs del día en que éste hubiera sido declarado por primera vez como Asegurado por el **CONTRATANTE**. La cobertura se mantendrá vigente en tanto: (i) La póliza se mantenga vigente, (ii) el asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante, (iii) siempre y cuando el Contratante continúe incluyéndolo en su declaración y (iv) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago de la prima correspondiente.

ARTICULO 7° TASAS DE PRIMAS Y EFECTOS DE LA DECLARACIÓN INEXACTA

Las tasas de Primas son aplicables a la suma total de remuneraciones máximas asegurables definidas en el Artículo 22°, correspondientes a la totalidad de los trabajadores asegurados sobre la base de la declaración proporcionada por **EL CONTRATANTE** en el formato proporcionado por **LA COMPAÑÍA** el que deberá ser debidamente completado*, y, adicionalmente, tomando en consideración distintas variables o criterios para su fijación, las cuales podrían ser: (ii) cantidad de trabajadores; (iii) edad de los trabajadores asegurados (iv) exposición al riesgo de los asegurados; entre otros.

De manera referencial y únicamente para establecer un parámetro en relación a la edad de los trabajadores asegurados, es que -en las Condiciones Particulares de la presente póliza- se incluye un cuadro donde se pactan los porcentajes referenciales que serán tomados en cuenta para efectos de la tarificación de las tasas tomando en consideración el rango etario de los Asegurados. Asimismo, importante mencionar que dicho cuadro referencial será incluido en los Certificados de Seguro que se emitan de la presente Póliza de Seguro a fin que los Asegurados tomen conocimiento de ello.

Si el **CONTRATANTE** declarase una suma total de remuneraciones máximas asegurables menor a la que figura en la planillas y boletas de pago, éste será considerado como su propio asegurador por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre dicha suma y la que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** revisará las remuneraciones declaradas durante los últimos seis meses y de no corresponder estas, a la que debieron declararse, se indemnizará aplicando la regla proporcional considerando el límite de la remuneración máxima asegurable.

(*) **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 de la remuneración máxima asegurable, la cual establece la SBS en forma trimestral, de conformidad a lo establecido en el D.L. 688. **EL ASEGURADO** podrá obtener la información respecto a la remuneración máxima asegurable vigente en www.sbs.gob.pe.

Las remuneraciones asegurables para el pago del capital o póliza están constituidas por aquellas que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el tope de 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 tres meses.

Dentro de los 60 días siguientes de cese en la póliza grupal, el Asegurado tiene derecho de obtener una póliza individual con vigencia y pago de prima anual por un importe no mayor al que correspondía abonar al Empleador (Contratante) por dicho Asegurado tomando en consideración los criterios antes expuestos y conforme lo dispuesto en el Artículo 26 de las presentes Condiciones Generales.

ARTICULO 8° PAGO DE LAS PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA

- A. La prima correspondiente a esta Póliza deberá ser pagada por el **CONTRATANTE**, dentro del plazo establecido.
- B. La falta de pago de la prima suspende automáticamente la cobertura de la Póliza de Seguro.
- C. Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la **COMPAÑÍA** no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro, el

CONTRATANTE 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 **COMPAÑÍA** responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

- D. En los casos de suspensión de la relación laboral a que se refiere el Artículo 12 del Capítulo III del Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 728 – Ley de Productividad y Competitividad Laboral, tales como (i) invalidez temporal, (ii) enfermedad y accidente comprobados, (iii) maternidad durante el descanso pre y postnatal, (iv) descanso vacacional, (v) licencia para desempeñar cargo cívico y para cumplir con el servicio militar obligatorio, (vi) permiso y la licencia para el desempeño de cargos sindicales, (vii) sanción disciplinaria, (viii) ejercicio del derecho de huelga, (ix) detención del trabajador, salvo el caso de condena privativa de la libertad, (x) el permiso o licencia concedidos por el empleador, (xi) caso fortuito y la fuerza mayor y (xii) otros establecidos por norma expresa, a excepción de la inhabilitación administrativa o judicial por período no superior a tres meses al que se hace mención en el Artículo 12 antes señalado, el **CONTRATANTE** está obligado a continuar pagando las primas correspondientes, y **LA COMPAÑÍA** deberá continuar con la cobertura de las prestaciones respectivas. En estos supuestos, la prima se calcula sobre la base de la última remuneración percibida antes de la suspensión, dejándose constancia del pago en la planilla y boletas de pago.

ARTICULO 9° CONDICIONES Y CAUSALES DE REAJUSTE

La renovación es facultativa y se realiza a solicitud del **CONTRATANTE**, quien deberá solicitar a la **COMPAÑÍA** la renovación con un periodo no menor de noventa (90) días previos al término de la vigencia de la Póliza.

La **COMPAÑÍA** podrá proponer por escrito al **CONTRATANTE** modificaciones respecto de las condiciones de la Póliza, las cuales serán aplicadas para la próxima vigencia (renovación).

Para ello, la **COMPAÑÍA** deberá cursar aviso por escrito al **CONTRATANTE** detallando las modificaciones propuestas en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al término de la vigencia de la Póliza. El **CONTRATANTE** tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta, en cuyo caso la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo en curso y no se renovará.

El silencio del **CONTRATANTE** no se entenderá como la aceptación de las condiciones propuestas por la **COMPAÑÍA**.

En caso el **CONTRATANTE** acepte las modificaciones propuestas, éste será responsable de comunicar por escrito dichos cambios a los **ASEGURADOS**.

ARTICULO 10° NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de Seguro deviene en nula de pleno derecho, es decir nunca tuvo efectos legales, en el siguiente caso:

- Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del **CONTRATANTE** – de circunstancias conocidas por este, que hubiesen impedido la emisión de la Póliza de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda, o modificado sus condiciones si **LA COMPAÑÍA** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o **BENEFICIARIO** no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o **BENEFICIARIO** hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a **LA COMPAÑÍA** el importe total de la suma recibida.
- **LA COMPAÑÍA** procederá con la devolución de las primas pagadas al **CONTRATANTE**, con excepción de las primas pagadas correspondientes al primer año de vigencia de la póliza, las cuales quedarán adquiridas por **LA COMPAÑÍA** a título indemnizatorio. De corresponder la devolución, **LA COMPAÑÍA** la realizará dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ésta hubiera comunicado al **CONTRATANTE** la nulidad del Contrato de Seguro.

ARTICULO 11° RESOLUCIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO.

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo 10° de las presentes Condiciones Generales, la presente Póliza de Seguro, a decisión expresa de **LA COMPAÑÍA**, podrá quedar resuelta perdiendo **EL ASEGURADO** todo derecho emanado de la Póliza de Seguro, en virtud a la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** no tendrá responsabilidad alguna por la cobertura de dicho evento, conforme lo indicado en el Artículo 20° de las presentes Condiciones Generales. Sin perjuicio de que **EL CONTRATANTE** tiene pleno conocimiento de la resolución en mérito a la presente cláusula, **LA COMPAÑÍA** comunicará por escrito al **CONTRATANTE**, la resolución de la póliza que se hubiere producido producto de la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.

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

Asimismo, **EL CONTRATANTE** podrá dar por resuelta la presente Póliza de Seguro sin expresión de causa, mediante comunicación escrita dirigida a **LA COMPAÑÍA**. De ser el caso, la Póliza quedará resuelta en la fecha de presentación de la solicitud de resolución.

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 ésta 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.

En caso que el presente contrato de Seguro se resuelva en virtud de lo dispuesto en el presente Artículo, **LA COMPAÑÍA** devolverá las primas pagadas que representen el período no devengado al **CONTRATANTE** en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios desde la fecha en que el **CONTRATANTE** haya solicitado la resolución o desde la fecha en que **LA COMPAÑÍA** la hubiera invocado, según corresponda, conservando **LA COMPAÑÍA**, las primas pagadas por el período de cobertura que haya transcurrido.

ARTICULO 12° MECANISMO DE SOLUCION 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 a 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** y/o **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.

ARTICULO 13° BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, los Beneficiarios serán las personas designadas por el **ASEGURADO** 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 del **ASEGURADO**.

En virtud de ello, el trabajador deberá entregar a su empleador (**EL CONTRATANTE**) una declaración jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, sobre los beneficiarios del seguro de vida, con estricta observancia del orden establecido en el párrafo anterior y con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Este formato lo pueden encontrar publicado en la página web de **LA COMPAÑÍA** o solicitarlo en las oficinas de la misma.

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

ARTÍCULO 14° MONEDA

Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza de Seguro, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas en el Condicionado Particular.

ARTICULO 15° TRIBUTOS

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

ARTÍCULO 16° ATENCIÓN DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS:

LA COMPAÑÍA atenderá los reclamos y requerimientos que se presenten, en un plazo máximo de treinta (30) días de presentados por **EL CONTRATANTE, ASEGURADO** o los beneficiarios del **ASEGURADO** a través de (i) sus Plataformas de Atención al Cliente, (ii) escribiendo a “atencionalcliente@rimac.com.pe” o (iii) llamando a nuestra Central de Consultas y Reclamos (01) 411-1111.

ARTÍCULO 17° DEFENSORÍA DEL ASEGURADO Y DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL CIUDADANO DE LA SBS

En caso que **EL CONTRATANTE, ASEGURADO** o los beneficiarios del **ASEGURADO** quisieran dirigirse ante la Defensoría del Asegurado, podrán acudir a Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, distrito de 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

En caso que quisieran dirigirse al Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS, podrán acudir a Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, o a cualquier oficina descentralizada de la SBS a nivel nacional, así como comunicarse por teléfono al (01) 630-9000.

ARTÍCULO 18° DOMICILIO

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

EL CONTRATANTE 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 19° 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 cubran el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO 20° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

- A. Si el **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS** del **ASEGURADO** presentan 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** o **ASEGURADO** o Beneficiario y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor una Suma Asegurada en exceso de aquélla que le corresponda de acuerdo con la presente Póliza de Seguro.

Lo expuesto en la presente cláusula es de aplicación sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por la **COMPAÑÍA** dentro del plazo de ley.

ARTICULO 21° DEFINICIONES

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

CONTRATANTE: Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con **LA COMPAÑÍA** el contrato de seguro. Su personalidad no coincide con la del **ASEGURADO**.

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 **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 **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 **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 MÁXIMA ASEGURABLE MENSUAL: Las remuneraciones asegurables para el pago del capital o póliza están constituidas por aquellas que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el tope de 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 tres meses.

En el caso de trabajadores que, a la fecha de la contingencia, tengan menos de tres (3) meses de servicios, son de aplicación las siguientes reglas:

a) Si la antigüedad del trabajador es inferior a tres (3) meses, el monto del beneficio por fallecimiento natural se establece en base a la remuneración mensual percibida por aquél en la fecha previa al fallecimiento.

b) Si la antigüedad del trabajador es menor a treinta (30) días, el monto del beneficio, sea cual fuere la contingencia, se establece en base a la remuneración mensual pactada en el contrato de trabajo.

Lo dispuesto en los literales a) y b) precedentes aplica también para establecer el monto del beneficio en el caso de trabajadores remunerados a comisión o destajo, sea cual fuere la contingencia.

CAPÍTULO II.- COBERTURAS

ARTICULO 22° 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 trabajador asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento;

B. Muerte Accidental: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el trabajador asegurado en la fecha previa al accidente que le produjo la muerte.

C. Invalidez Total y Permanente por Accidente: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el trabajador asegurado en la fecha previa al accidente que le produjo la invalidez total. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al trabajador o por impedimento de él a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Las normas y límites de este artículo son aplicables a los trabajadores que perciban remuneraciones a comisión o a destajo.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses.

CAPÍTULO III.- EVENTOS EXCLUIDOS:

ARTICULO 23° 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 **ASEGURADO** o de los Beneficiarios del **ASEGURADO**. En ese último caso, la indemnización que corresponda será otorgada a los Beneficiarios que no hubieran tenido participación.

CAPÍTULO IV.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

ARTÍCULO 24° 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 en el Artículo siguiente.

ARTICULO 25° 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,
- iii. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción.

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

- i. Copia Certificada del Atestado Policial, en caso haya correspondido su emisión y
- ii. Copia Certificada del resultado del Protocolo de Necropsia, en caso haya correspondido su emisión.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la **ASEGURADORA**, la Copia Certificada de la Resolución Judicial de muerte presunta junto con la correspondiente Copia Certificada de la Partida de Defunción. El pronunciamiento de la **ASEGURADORA** se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 21° “Definiciones”, deberá presentar:

- i. Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado,
- ii. Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica (de un centro de salud debidamente autorizado y acreditado por las autoridades competentes),
- iii. Último Informe médico indicando diagnóstico,
- iv. Dictamen de Invalidez expedida por el Ministerio de Salud, Servicios de la Seguridad Social, COMAFP o COMEC.

En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al **ASEGURADO** (trabajador) 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 de cobertura y presentaron la documentación requerida, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

CAPÍTULO V.- CESE DEL TRABAJADOR ASEGURADO

ARTICULO 26° CONTINUACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE CESE DEL TRABAJADOR ASEGURADO

Cuando **EL ASEGURADO** cese en su empleo, puede optar por mantener el presente Seguro de Vida en vigor, asumiendo por su cuenta el costo del pago de la prima, para lo cual deberá comunicarlo por escrito a **LA COMPAÑÍA** dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios desde la fecha de cese. En este caso, **LA COMPAÑÍA** le extenderá un nuevo contrato como Póliza Individual, la cual será emitida bajo las condiciones establecidas en el Decreto Legislativo 688 y cuya prima no puede ser superior a la que abonaba el empleador antes del cese de la relación laboral.

Se deja expresa constancia que las coberturas correspondientes a la Póliza Grupal por la cual se emite el presente certificado quedan sin efecto desde el momento del cese del trabajador.

En tal sentido, **EL ASEGURADO** deberá presentar a **LA COMPAÑÍA**, la siguiente documentación dentro un plazo máximo de sesenta (60) días calendario contados desde la fecha del término de la relación laboral:

A. Carta dirigida a Rímac Seguros y Reaseguros solicitando la continuidad del Seguro Vida Ley.

B. Carta de Cese expedida por el empleador. (*)

C. Liquidación de beneficios. (*)

D. Boletas de pago de los tres (3) últimos meses con firma y sello del empleador, sí en los últimos tres (3) meses previos al cese estuvo con descanso médico o de vacaciones, entonces adjuntar una cuarta boleta. (*)

E. Declaración Jurada de Beneficiarios. (*)

F. Documento de Identidad. (*)

(*) Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada).