

Seguro de Vida Ley

Certificado Individual

Número póliza:

Nro. Certificado Banco:

Ley de consolidación de Beneficios Sociales

Decreto Legislativo N° 688 y su modificatoria mediante Ley N° 29549

Código SBS VI0507310065

Producto:

Plan:

Oficina gestora:

Canal de venta:

Fecha de cotización:

Fecha de emisión:

Vigencia:

Del
al

Moneda:

Frecuencia de pago:

Forma de pago:

1. Datos de la aseguradora

Aseguradora

RUC:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Página Web:

Correo electrónico:

2. Datos del Contratante

Razón social

RUC:

Dirección

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo electrónico:

3. Datos del Asegurado

El Asegurado es el destinatario del correo electrónico en el cual se adjuntó el presente Certificado de Seguro.

4. Datos del Comercializador

Nombre o Razón social	
RUC:	Dirección
Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono:

5. Datos del Beneficiario

El seguro de vida es de grupo o colectivo y se toma en beneficio del cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 321 del Código Civil y de los descendientes, sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

El ASEGURADO deberá entregar al 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, teniendo en cuenta el establecido en el párrafo precedente.

En el caso de la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el Beneficiario es el mismo ASEGURADO.

6. Riesgos Cubiertos

Coberturas Principales	Sumas Aseguradas
Fallecimiento Natural del ASEGURADO	DIECISEIS (16.00) remuneraciones que se establecen en base al promedio de lo percibido por el ASEGURADO en el último trimestre previo al fallecimiento.
Fallecimiento Accidental del ASEGURADO	TREINTA Y DOS (32.00) remuneraciones mensuales percibidas por el ASEGURADO en la fecha previa al accidente
Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO	TREINTA Y DOS (32.00) remuneraciones mensuales percibidas por el ASEGURADO en la fecha previa del 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.

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.

7. No es Materia de Cobertura

Los montos correspondientes a las coberturas de ley no se otorgarán si se deben directa o indirectamente, total o parcialmente 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 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 o del ASEGURADO, o de los Beneficiarios del ASEGURADO.

8. Deducibles / Franquicias o Similares

No aplica.

9. Aviso de siniestro y Solicitud de cobertura

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.

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 resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

10. Solicitud de cobertura

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

En caso de Muerte Natural:

(i) Documento de Identidad del Asegurado, (ii) Acta ó Partida de defunción, (iii) Certificado Médico de defunción.

Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental, deberá presentar:

(i) Atestado Policial, (ii) Protocolo de Necropsia y (iii) facilitar la intervención de los médicos de LA COMPAÑIA para la evaluación y certificación del caso.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 22° "Definiciones", deberá presentar: (i) Documento de Identidad del Asegurado, (ii) Copia de la Historia Clínica (la cual deberá estar debidamente foliada y fedateada por el funcionario autorizado de la Instituto Peruano de Seguridad Social), (iii) último Informe médico indicando diagnóstico, (iv) Dictamen de Invalidez de la comisión médica evaluadora de Incapacidad del MINSA o ESSALUD.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

Para revisar la póliza y demás información sobre el seguro de Vida Ley, visita nuestra página web:

<https://www.bbva.pe/empresas/productos/seguros/seguro-de-vida-ley.html>

11. Canales de orientación sobre el procedimiento de Solicitud de Cobertura del Seguro

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas de Atención al Cliente:

Plataformas de Atención al Cliente:

**Lima:**

Av. Las Begonias 690, San Isidro.

**Arequipa:**

Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.

Telf. (054)-381700

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-1111

Central de Emergencias Aló Rímac: Lima: (01) 411-1111

Provincias: 0-800-4-1111

Correo Electrónico para Atención al Cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe

Correo Electrónico para Reclamos: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

12. Solicitud de copia de la Póliza Grupal

En caso se haya entregado el Certificado Individual al ASEGURADO, éste podrá solicitar copia de la Póliza Grupal a La ASEGURADORA, y ésta entregará copia de la Póliza Grupal en un plazo que no deberá exceder de (15) días calendario de recibida la solicitud.

Plataformas de Atención al Cliente:

**Lima:**

Av. Las Begonias 690, San Isidro.

**Arequipa:**

Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.

Telf. (054)-381700

Correo Electrónico para Atención al Cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

Lugar y fecha de emisión: Lunes 12 de octubre del 2023



Asegurado

Roberto León
Vicepresidente división Salud
Rimac Seguros y reaseguros