

## Poliza de Vida Ley TEMPORAL EMPLEADOS/OBREROS

# Resumen

### a. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1. Datos de la empresa aseguradora:

Rimac Seguros y Reaseguros

#### Ubícanos en:

##### Lima:


Av. Las Begonias 690. San Isidro, Lima


##### Arequipa:

Pasaje. Belén Nro. 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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

**Correo Electrónico para Reclamos:** [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

#### 2. Denominación del producto:

SEGURO VIDA LEY

#### 3. Vigencia del seguro:

Del al

#### 4. Monto de la prima comercial:

S/ .00

#### 5. Derecho de Arrepentimiento

En caso, EL CONTRATANTE se arrepienta de la contratación de la póliza, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibió la póliza del Seguro Vida Ley. El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe) (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la Solicitud-Certificado, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI. Esta Solicitud-Certificado se considerará resuelta (anulada) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelta la Solicitud-Certificado procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta Solicitud-Certificado, dentro del plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

#### 6. Aviso del siniestro y procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:

Se encuentran detallados en el Artículo 24 de las Condiciones Generales.

#### 7. Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:

Conforme a lo indicado en el punto 1 de este documento, los canales de orientación son:

- Cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias.
- Centrales telefónicas, correos electrónicos y página web.

En caso este producto se comercialice a través de comercializadores, la solicitud de cobertura podrá ser presentada directamente a éstos.

## 8. 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 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.

## b. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

### 1. Riesgos Cubiertos:

Los descritos en el Artículo "RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS" del Condicionado Particular.

### 2. Cláusulas Adicionales:

Los descritos en el Artículo "COBERTURAS ADICIONALES" del Condicionado Particular.

### 3. Principales Exclusiones:

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:

- a) 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.
- b) 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.

### 4. Periodo de Carencia: No aplica.

## Poliza de Vida Ley TEMPORAL EMPLEADOS/OBREROS

# Condicionado **Particular**

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:

Vigencia:

Fecha de emisión:

Inicio de vigencia:

Moneda:

Fin de vigencia:

Forma de pago:

Frecuencia de pago:

## 1. Datos de la aseguradora

Aseguradora:

RUC:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Página Web:

Correo electrónico:

## 2. Datos del Contratante/Responsable de pago

Nombre o Razón social:

RUC:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo electrónico:

### 3. Datos del Comercializador

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

### 4. Asegurados

De acuerdo a lo indicado en la Constancia de Asegurados.

**Edad Mínima de ingreso:** 18 años cumplidos.

**Edad Máxima de ingreso:** 64 años con 365 días.

**Edad Máxima de permanencia:** 65 años cumplidos o hasta finalizar la vigencia del seguro.

### 5. Beneficiarios

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.

**Condición para el ingreso de los trabajadores a la Póliza de Seguro Vida Ley:** Que hayan cumplido 1er Día sin cláusula de espera de trabajo.

Número de asegurados:
Monto de planilla mensual:
Monto de planilla del Periodo:

## 6. Coberturas de Ley

Coberturas	Suma(s) Asegurada(s)
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 por accidente del ASEGURADO	TREINTA Y DOS (32.00) remuneraciones mensuales percibidas por el ASEGURADO en la fecha previa del accidente.

Se deja expresa constancia 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, en aplicación de la nueva Ley N° 29549 que modifica el D.L. 688. El Asegurado podrá obtener la información respecto a la remuneración máxima asegurable vigente en [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe).

**Remuneración Máxima asegurable:**

**Trimestre:**

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. Tasas de primas

Conforme lo indicado en el Artículo 7° de las Condiciones Generales, a continuación, se detalla la Tabla referencial de tasas tomando en consideración el rango etario de los Asegurados.

Tasa en %	Cantidad de Trabajadores

## 9. Consolidado de Primas

Prima comercial:

---

Impuestos:

---

Prima Comercial Total (Incluye IGV):

Prima Coberturas Principales:

---

Prima Coberturas Adicionales:

**Forma de pago:** Prima única adelantada anual

**Frecuencia de pago:**

**Lugar de Pago:** A través de las plataformas indicadas por el COMERCIALIZADOR.

**Comisión de Comercializador:** 30%

**Fecha de vencimiento de prima:** Fecha de inicio de vigencia del documento de pago. No aplican deducibles, franquicias, coaseguros y similares a cargo del asegurado.

## 10. Condiciones Especiales

### 10.1. Opción de inclusión de nuevos trabajadores

Se podrá incluir trabajadores dentro de la vigencia de la póliza. Por cada inclusión de un trabajador, se calculará la prima correspondiente a los ingresos por el nuevo monto planilla total cubierta por el presente seguro. Esta prima en exceso se cargará del medio de pago indicado por el CONTRATANTE.

Para ello, el CONTRATANTE (empresa) deberá solicitar estas inclusiones, declarando todos los datos del trabajador según lo indicado en el formato de "Inclusión/Exclusión de trabajadores".

En caso tenga fraccionamiento MENSUAL: Las inclusiones se pueden aceptar desde el mes en curso o el mes siguiente. En el caso se acepte dentro del mes en curso, se generará un cobro adicional por ese mes, ya que la cobranza siempre es el primer día de cada mes, por ello se le generará un cobro extra. Los meses siguientes son recalculados, incluyendo el monto de las nuevas inclusiones.

En caso el pago haya sido adelantado de forma ANUAL: Como en este caso la prima inicial se pagó al inicio de vigencia, al tener estos movimientos de inclusiones se genera un solo cobro adicional que corresponde a la prima de todos los meses que queden por transcurrir de la anualidad de la póliza.

## 10.2. Opción de exclusión de trabajadores

Las exclusiones se hacen efectivas a partir del día 1 del mes siguiente a la fecha de solicitud de la exclusión, este tipo de operaciones ameritan o no devolución de primas según la frecuencia de pago que tenga la póliza:

En caso tenga fraccionamiento MENSUAL: Las exclusiones deben ser informadas antes de la fecha de cobro del mes. Así que, si la empresa necesita excluir trabajadores, se debe informar un mes antes de aplicar la exclusión. En caso de financiamiento mensual, se recalcula las cuotas de los siguientes meses, descontando el monto de esas exclusiones, volviendo a calcular la prima del seguro con la tasa y la planilla corregida.

En caso el pago haya sido adelantado de forma ANUAL: Se le genera una devolución por el importe de prima diferencial entre la prima actual de la póliza y la prima con la exclusión por los meses restantes de la anualidad.

En caso corresponda, la devolución de las primas se efectuará en un plazo no mayor de 15 días calendario.

## 11. Beneficiarios

Conforme al D.L. 688 el beneficio del seguro corresponde de forma proporcional según lo siguiente:

1° El cónyuge o conviviente y los hijos (sin restricción de edad)

2° Sólo a falta de los anteriores corresponde a los ascendientes y hermanos menores de 18 años del Asegurado.

IMPORTANTE:

Es obligación del Trabajador entregar a su Empleador una declaración jurada con sus Beneficiarios y comunicar a este las modificaciones que pudieran ocurrir.

De producirse un siniestro el CONTRATANTE deberá entregar a Rimac Seguros la declaración de beneficiarios dentro de las 48 horas de producido dicho evento.

## 12. Para el contratante:

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso. LA ASEGURADORA tiene la obligación de comunicar al CONTRATANTE, por medios físicos o electrónicos, dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

## 13. 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 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.

## 14. 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:

**Oficina Principal:** Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima  
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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

**Correo Electrónico para Reclamos:** [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

## 15. Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, quien suscribe el presente documento, 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 RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras 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 son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

## 16. Proceso de cancelación

La cancelación se hace efectiva a partir de la fecha en que el CONTRATANTE realiza la solicitud de la cancelación, por ello debemos de considerar que en caso aplique devolución de primas, esta se realiza por la prima prorrateada de los días no transcurridos, según corresponda.

En caso corresponda, la devolución de las primas se efectuará en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario.



## 17. Aceptación de las condiciones planteadas

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

El Contratante/Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.



---

Contratante y/o Asegurado

---

Roberto León  
Vicepresidente División Salud  
Rimac Seguros y Reaseguros

San Isidro, 01 de Noviembre del 2024.

## Seguro Vida Ley

# Constancia

Por medio de la presente, dejamos constancia que los Señores:

De acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo 688 – Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, a la fecha han contratado con Rimac Seguros y Reaseguros la(s) póliza(s) de Vida Ley Activos siguiente(s):

### Vida Ley con Nro. Poliza

La constancia es de vigencia Anual.

La presente constancia tiene vigencia desde hasta el . A solicitud de la empresa contratante se emite la presente Constancia detallando a continuación el personal que se encuentra afiliado a la(s) póliza(s) antes mencionada(s).

N°	Nombres y apellidos	Tipo de Documento	Nro. de Documento
----	---------------------	-------------------	-------------------

Se expide la presente a solicitud del Asegurado/Contratante para los fines que estime convenientes.

**Roberto León**  
Vicepresidente División Salud  
Rimac Seguros y Reaseguros