

Rimac Seguros y Reaseguros

Condicionado General Vida Ley (Trabajadores) Soles y Dólares

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

Ley de Consolidación de Beneficios Sociales
Decreto Legislativo N ° 688 y Ley N° 29549
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.

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) 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) En caso de producirse discrepancias dentro de los términos y condiciones de esta Póliza, queda convenido que, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, éstas sobre las Cláusulas Adicionales, y éstas sobre las Condiciones Generales del riesgo contratado.
- 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 una vez cumplan el tiempo que se describe en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, al servicio del CONTRATANTE, que figuren en sus registros y que hayan sido declarados a LA COMPAÑÍA.

En caso de reingreso, son acumulables los tiempos de servicios prestados con anterioridad para efectos de acreditar los cuatro años que originan el derecho.

Previo consentimiento de LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE podrá asegurar a sus trabajadores a partir de los tres meses de servicios.

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

El 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

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 y sobre la base de la declaración proporcionada por EL CONTRATANTE en el formato proporcionado por LA COMPAÑÍA el que deberá ser debidamente completado(*).

(*) 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, 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.

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 45 del Texto Único Ordenado de la Ley de Fomento del Empleo, a

excepción del caso del inciso j), El CONTRATANTE está obligado a continuar pagando las primas correspondientes, y LA COMPAÑÍA deberá continuar con la cobertura de las prestaciones a que se refiere este párrafo. 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 9º CONDICIONES Y CAUSALES DE REAJUSTE

La COMPAÑÍA podrá proponer 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 en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días 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 caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

Las modificaciones que proponga la COMPAÑÍA bajo ningún supuesto deberán contravenir lo dispuesto por el D.L. N° 688 y sus modificatorias.

ARTICULO 10º NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de Seguro deviene en nula de pleno derecho, es decir nunca tuvo efectos legales, en los siguientes casos:

- **Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO – de circunstancias por ellos conocidas, 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:

- **EI 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 a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE realice una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas**

pagadas quedan adquiridas por LA COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

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, a partir de la fecha en que se realice 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.

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, mediante comunicación escrita dirigida a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios a la fecha en que surtirá efectos la resolución del presente contrato.

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, siendo necesario que se haya realizado el aviso del siniestro por escrito a LA COMPAÑÍA, según lo establecido en 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.

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 se haya producido la resolución, 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 QUEJAS Y RECLAMOS

LA COMPAÑÍA atenderá las quejas y reclamos que se presenten, en un plazo máximo de treinta (30) días de presentado por EL CONTRATANTE, ASEGURADO o los beneficiarios del ASEGURADO a través de (i) su plataforma de servicio al cliente, ubicada en la Agencia San Isidro con dirección en Paseo de la República N° 3505, distrito de San Isidro, (ii) escribiendo a “atenciónalcliente@rimac.com.pe” o (iii) llamando a nuestro teléfono de Servicio al Cliente 411-1000 opción 4.

ARTÍCULO 17° DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

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 Telefax: 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 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 10 años desde que ocurre el siniestro, o desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 20° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

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.

ARTICULO 21º 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 una remuneración máxima asegurable, 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.

CAPÍTULO II.- COBERTURAS

ARTICULO 22º 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 el mes previo al del accidente que le produjo la muerte.
- C) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** 32 remuneraciones mensuales percibidas por el trabajador asegurado en el mes previo 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.

Para efectos de la indemnización para trabajadores que son remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres meses.

CAPÍTULO III.- EVENTOS EXCLUIDOS

ARTICULO 23º 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 fueran causados por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del CONTRATANTE o del ASEGURADO, o de los Beneficiarios del ASEGURADO.

CAPÍTULO IV.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

ARTÍCULO 24º 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 25º 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 Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 21º “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 26º 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 treinta (30) 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 nuevas condiciones establecidas en aplicación de la nueva Ley N° 29549 que modifica el D.L. 688.

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 treinta (30) días calendario contados desde la fecha del término de la relación laboral:

- A) Carta dirigida a Rimac 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 últimos meses con firma y sello del empleador, sí en los últimos tres meses previos al cese estuvo con descanso médico o de vacaciones, entonces adjuntar una cuarta boleta. (*)
- E) Certificación Médica de la Invalidez, en el caso de que la suspensión laboral sea por invalidez del Asegurado. (*)
- F) Declaración Jurada de Beneficiarios. (*)
- G) Documento de Identidad. (*)

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