

**SEGURO DE VIDA LEY DECRETO LEGISLATIVO N° 688  
Vida Ley Trabajadores  
(Código SBS VI2057310001, VI2057300047, VI2057310002)**

**RESUMEN DE PÓLIZA**

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Ley D.L. N° 688 conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

**Datos de la empresa Aseguradora:**

Seguros  SURA	<b>Atención al cliente</b>		
	Oficina Principal: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	Línea de servicio al cliente: 222 7777 0800-11117 (línea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias - De Lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Victor Larco 535 Urb. La Merced	Correo electrónico: <a href="mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe">servicioalcliente.seguros@sura.pe</a>	

**Lugar y Forma de Pago de Prima**

Todas las primas correspondientes a esta póliza deberán ser pagadas por EL CONTRATANTE en mensualidades adelantadas a Seguros SURA (en adelante, LA COMPAÑÍA), siendo que dichos pagos pueden efectuarse en las oficinas indicadas previamente u otro medio pactado entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

**Vigencia de la Póliza**

Se encuentra detallada en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado del Seguro de Vida Ley Trabajadores.

**Cargas**

El presente producto presenta obligaciones a cargo del asegurado, quien deberá entregar a su empleador (EL CONTRATANTE) una declaración jurada de los beneficiarios (conforme a lo indicado en el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688) debidamente suscrita y legalizada notarialmente o ante juez de paz a falta de notario. Es obligación del asegurado comunicar cualquier cambio o modificación en la declaración jurada.

Asimismo, existen obligaciones a cargo del Contratante cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho el Asegurado. Sugerimos revisar su póliza para evitar el incumplimiento de dichas obligaciones.

**Medio y plazo para aviso de siniestro**

Una vez ocurrido el fallecimiento por muerte natural o muerte accidental o la invalidez total y permanente del Asegurado, el Contratante o el Asegurado o Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el siniestro a la Compañía Aseguradora contado a partir de que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.



Sin perjuicio de lo indicado, conforme a lo señalado en el Artículo 8° Decreto Legislativo N° 688, la declaración jurada que contiene los beneficiarios del trabajador a que se refiere el Artículo 1° de la precitada norma, debe ser entregada bajo responsabilidad del CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas de producido el fallecimiento del trabajador.

**Lugar para solicitar cobertura del Seguro**

Se podrá solicitar cobertura ante cualquiera de las oficinas detalladas en la parte introductoria del presente resumen.

Ocurrido el fallecimiento o la invalidez total y permanente de "EL ASEGURADO", "EL ASEGURADO", sus beneficiarios o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán comunicarlo por escrito a "LA COMPAÑÍA". Cumplido esto, "LA COMPAÑÍA" efectuará el pago de la cantidad que corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 688 y sus normas modificatorias, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas legales que se indican a continuación en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), siendo que los beneficiarios son responsables de entregar la documentación requerida, según sea el caso:

**Por Muerte Natural:**

- Certificado Médico de Defunción.
- Tres (3) últimas boletas de pago del Asegurado.
- DNI del Asegurado (en caso cuente con dicho documento).
- Testamento por escritura pública, en caso este sea posterior a la Declaración de Beneficiarios que deberá ser remitida por el empleador.
- Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscrita en Registros Públicos, en caso no se cuente con el Testamento requerido en el ítem anterior.
- Partida de Nacimiento de Beneficiarios menores de edad.
- DNI de Beneficiarios mayores de edad.
- Partida de Matrimonio o reconocimiento judicial de Unión de Hecho inscrito en Registros Públicos, según corresponda.
- Acta de defunción.

**Por Muerte Accidental (además de los documentos solicitados por muerte natural):**

- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado Policial Completo o Acta de Intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Conclusiones de la Fiscalía, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).

**Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- DNI del Asegurado.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Certificado de Invalidez emitido por Essalud, COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), MINSU o COMAFP (Comité Médico de las AFP).
- Tres (3) últimas Boletas de Pago antes de la fecha de ocurrencia del siniestro.



- Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital donde fue diagnosticado y tratado.

En observancia al Art. 17° del DL 688, el monto asegurado deberá pagarse dentro de las 72 horas de presentada la solicitud de cobertura, de lo contrario "LA COMPAÑÍA" quedará obligada al pago de intereses legales, y aun cuando no se hayan presentado los beneficiarios, a partir de los quince (15) días de la fecha de fallecimiento del empleado. "LA COMPAÑÍA" quedará liberada de dicha obligación al consignar el importe del monto asegurado, siendo que no podrá consignar dicho monto antes de haber transcurrido treinta (30) días desde la muerte del trabajador.

Sin perjuicio de lo antes indicado, El Contratante, el Asegurado o el Beneficiario deben suministrar a "LA COMPAÑÍA", a su pedido, la información veraz, razonable y necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo

**¿Cuáles son las Coberturas de la póliza?**

Esta póliza posee las siguientes coberturas:

- Muerte Natural: 16 remuneraciones mensuales, que se establecen en base al promedio de lo percibido por el Asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento.
- Muerte Accidental: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el trabajador asegurado en la fecha previa al accidente.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en la fecha previa al accidente.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del capital que corresponda abonar, sea cual fuere la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos tres (3) meses.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

**Modificaciones al Contrato De Seguro**

Se deja constancia que, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía respetará los términos pactados originalmente. De igual manera, se precisa que las modificaciones propuestas no pueden contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

**¿En qué situaciones se resuelve el contrato de seguro?**

La resolución deja sin efecto el contrato de seguro por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato de



seguro mientras que la prima se encuentre impaga. La resolución surtirá efectos en el plazo de quince (15) días calendario contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.

- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
- c) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión del certificado de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario computados desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días calendario para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el certificado de seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior. Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción del certificado de seguro, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

¿En qué situaciones se resuelve el certificado de seguro?

La resolución deja sin efecto el certificado de seguro por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

- d) En caso de cese del "Asegurado" se resuelve el certificado de seguro.
- e) Si el Asegurado es incorporado en otra póliza del Seguro de Vida Ley contratada por su nuevo empleador con cualquier compañía de seguros del mercado local.

Las causales de resolución y nulidad están detalladas en el artículo 15° de las Condiciones Generales.

**Medios habilitados por la empresa para presentar un reclamo**

Para tramitar reclamos, presente una carta dirigida al área de Servicio al Cliente en una de nuestras oficinas señaladas en la parte introductoria del presente documento.

El reclamo será respondido en 30 días calendario, prorrogables de ser el caso.

**Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:**

- INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe))
- Defensoría del Asegurado ([www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe))
- Para solicitar orientación: Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840)



# SEGUROS



SOLICITUD CERTIFICADO - SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES ACTIVOS  
*Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias*

Ramo N°: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_ Certificado N°: \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE**

Razón Social: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ DNI / CE: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO(S): De acuerdo a Ley VIGENCIA DEL SEGURO**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
 De acuerdo a las condiciones particulares de la póliza De acuerdo a las condiciones particulares de la póliza

**PRIMA:**

Será pagada por el contratante de acuerdo a las Condiciones Particulares.

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte natural	16 Remuneraciones mensuales
Muerte accidental	32 Remuneraciones mensuales
Invalidez total y permanente por accidente	32 Remuneraciones mensuales

El asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de Vida Ley a la empresa, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario: \_\_\_\_\_

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_



**SEGURO DE VIDA LEY D.L. 688**

**Hoja Resumen**

**RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS (Artículo 5° Condiciones Generales)**

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizados por este seguro son las siguientes:

- Muerte Natural: 16 remuneraciones mensuales, que se establecen en base al promedio de lo percibido por el Asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento.
- Muerte Accidental: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el trabajador asegurado en la fecha previa al accidente.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente: 32 remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en la fecha previa al accidente.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del capital que corresponda abonar, sea cual fuese la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos 3 meses. "El tope máximo para la determinación de la remuneración asegurable corresponderá a la remuneración máxima asegurable establecida para las prestaciones del seguro de Invalidez y Supervivencia del Sistema Privado de Pensiones (Ley N° 29549)".

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

**SOLICITUD DE COBERTURA**

Se podrá solicitar la cobertura de la presente Póliza ante cualquiera de nuestras oficinas de Atención al Cliente, detalladas más adelante, debiendo presentar la documentación que corresponda en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según lo expuesto en el siguiente punto.

**DOCUMENTOS PARA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

Por Muerte Natural:

- Certificado Médico de Defunción.
- Tres (3) últimas boletas de pago del Asegurado.
- DNI del Asegurado (en caso cuente con dicho documento).
- Testamento por escritura pública, en caso este sea posterior a la Declaración de Beneficiarios que deberá ser remitida por el empleador.
- Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscrita en Registros Públicos, en caso no se cuente con el Testamento requerido en el ítem anterior.
- Partida de Nacimiento de Beneficiarios menores de edad.
- DNI de Beneficiarios mayores de edad.
- Partida de Matrimonio o reconocimiento judicial de Unión de Hecho inscrito en Registros Públicos, según corresponda.
- Acta de defunción.

Por Muerte Accidental (además de los documentos solicitados por muerte natural):

- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Conclusiones de la Fiscalía, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).

Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- DNI del Asegurado.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).



- Certificado de Invalidez emitido por Essalud, COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), MINSA o COMAFP (Comité Médico de las AFP).
- Tres (3) últimas Boletas de Pago antes de la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital donde fue diagnosticado y tratado.

En observancia del artículo 8° del DL 688, el empleador está obligado a entregar, bajo responsabilidad, a LA COMPAÑÍA la declaración jurada que contiene la relación de beneficiarios de EL ASEGURADO, dentro de las 48 horas de producido su fallecimiento.

Sin perjuicio de lo antes indicado, El Contratante, el Asegurado o el Beneficiario deben suministrar a "LA COMPAÑÍA", a su pedido, la información veraz, razonable y necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y permitirle realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

### CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Si el contratante no cumpliera con el pago de las primas, quedará la cobertura suspendida automáticamente, según lo estipulado en los Artículos 7° y 15° de las Condiciones Generales.

Por decisión unilateral y sin expresión de causa, el Contratante mediante aviso previo de treinta (30) días calendario a "LA COMPAÑÍA". El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.

Las causales de resolución se encuentran detalladas en el artículo 15° de las Condiciones Generales.

### MODIFICACIONES CONTRACTUALES

"LA COMPAÑÍA" podrá modificar los términos contractuales del presente Seguro, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y aceptarla o no, debiendo tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso "LA COMPAÑÍA" respetará los términos originales. De igual manera, se precisa que las modificaciones propuestas no pueden contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

### CESE DEL TRABAJADOR (de acuerdo a la ley N° 29549)

En caso de cese del Trabajador asegurado, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual dentro de los 30 días calendarios siguientes al término de la relación laboral, debe solicitarlo por escrito a la empresa aseguradora y efectuar el pago de la prima que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

### CARGAS

El presente producto presenta obligaciones a cargo del Contratante cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

### MECANISMO DE SOLUCIÓN Y CONTROVERSIAS

En caso de discrepancia podrá recurrirse a la vía judicial o a la vía administrativa (Indecopi, SBS).

### ÁREA ENCARGADA DE ATENDER RECLAMOS DE LOS USUARIOS

Para tramitar reclamos, podrá acercarse a nuestras oficinas ubicadas:

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, piso 1, San Isidro.
- Arequipa: Av. Ejército 107-B, Yanahuara.
- Piura: Calle Tacna 307.
- Trujillo: Av. Víctor Larco Herrera 535 Urb. La Merced.

### Horario de Atención:

De Lunes a Viernes de 09:00am a 06:00pm (Horario Corrido).

Correo electrónico: [servicioalcliente.seguros@sura.pe](mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe)

Servicio al cliente: 222-7777 / 0800-11117 (línea gratuita).

### DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

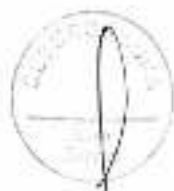


SEGUROS



Cualquier diferencia existente entre La Compañía y El Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las empresas aseguradoras.

Ubicación: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro; Telefax: 01 421-0614; E-mail: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe)



SEGUROS SURA

Cenaval y Mureyra 532 piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 0800-11117

[www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe)



**FORMATO DE AUTORIZACION "ASESORIA INTEGRAL SURA"**

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro nuevo servicio de "Asesoría Integral SURA", el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieses haber contratado en las empresas de SURA en el Perú: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud N° \_\_\_\_\_

- Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA" (\*)
- No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA"

Firma: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Cliente)

(\*)"Seguros SURA es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A. (SURA). En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA y SURA Asset Management Perú S.A. (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, "Grupo SURA").

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y sensible entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible. En este sentido, usted autoriza a Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad Integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web [www.sura.pe](http://www.sura.pe).

