



Guía Emitir **póliza**

SCTR



ONP
—
Virtual



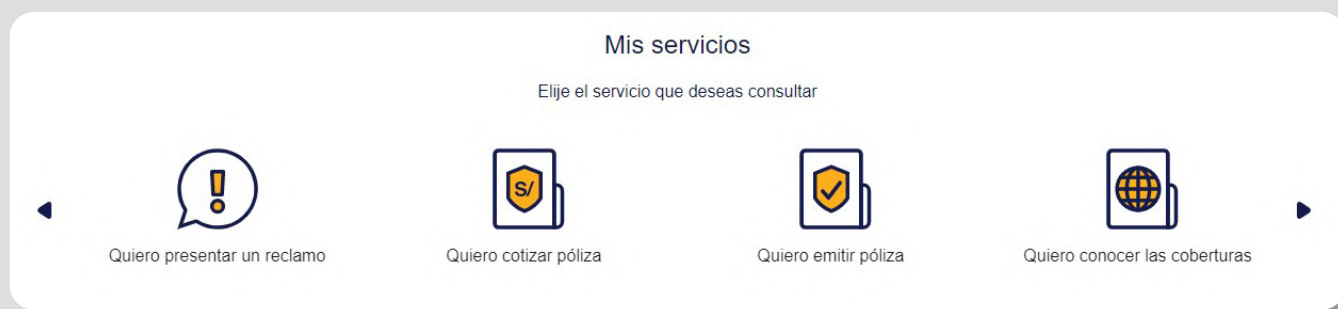
1

Ubica el perfil **SCTR** y dale clic.



2

Haz clic en **Quiero emitir póliza**.





3

Haz clic en **Descarga el formato aquí** para descargar el formato de **Solicitud del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión**.

ONP Virtual Inicio Te asesoramos ONP Virtual ONP Cultura Tu zona segura

¿COMO SOLICITAR TU PÓLIZA - (SCTR- PENSIÓN)?

Para contratar tu póliza, debes completar correctamente los siguientes formatos:

SOLICITUD DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN

Envía la solicitud firmada y sellada por el Representante Legal de la empresa o, sólo firma en caso sea Persona Natural, indicando los datos de la Empresa o Persona Natural con RUC y su actividad. Enviarlo en formato pdf o escaneado al correo declaracionessctr@onp.gob.pe

 [Descargar formato aquí](#)

DECLARACIÓN DE TRABAJADOREA SCTR - PENSIÓN

Completa la información de la empresa y campos resaltados, considerar el mes en el que se iniciará la vigencia de la póliza (ENVIARLO EN FORMATO EXCEL) al correo declaracionessctr@onp.gob.pe.

 [Descargar formato aquí](#)

Necesitas mayor información descarga el Manual para Adquirir el SCTR - Pensión


 [Descargar Manual de Procedimiento](#)

Ingresa a emitir **AQUÍ**




4

Completa la información solicitada y envíala, debidamente firmada y sellada por la/el representante legal de la empresa, al correo **declaracionesSCTR@onp.gob.pe**



ONP
SCTR
Pensión

 634-2222 Opción 4
 Jr. Bolivia N°109, Lima - Oficina SCTR Piso 20

SOLICITUD DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIÓN
LEY N°26790 - DECRETO SUPREMO N°003-98-SA
Lima,

Yo, Identificado/a con DNI en calidad de Representante legal de la empresa

con RUC N° Correo electrónico:

Dirección Legal
Av./Jr./Calle/: Numero: Interior: Distrito:
Provincia: Departamento: Teléfono Fijo: Celular:

Dirección de Correspondencia * Es la misma que la Dirección Legal marque AQUÍ ☐
Av./Jr./Calle/: Numero: Interior: Distrito:
Provincia: Departamento: Teléfono Fijo: Celular:

Dedicada a la actividad de solicito la emisión de la póliza del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión con la ONP.

Notas Importantes
a.- La Oficina de Normalización previsional entregará la póliza al Contratante / Empleador dentro de los 15 días calendario siguiente al envío de la presente solicitud, siempre que ésta sea aceptada por la Oficina de Normalización Previsional.
b.- La responsabilidad de la Oficina de Normalización Previsional con respecto a las coberturas del seguro tendrán efecto una vez aceptado el riesgo con la emisión de la póliza y la verificación del pago de la prima.
c.- Coberturas del SCTR - Pensión:
Invalidez Parcial Permanente por Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional
Invalidez Total Permanente por Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional
Invalidez Temporal y/o Enfermedad Profesional
Pensión de Sobrevivencia y/o Enfermedad Profesional
Gastos de Sepelio por Accidente de trabajo y/o Enfermedad Profesional
d.- Las exclusiones de cobertura que pueden pactarse son:
✓ a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia del seguro cuyas prestaciones serán amparadas por la ASEGURADORA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, en caso que el trabajador que tenga la calidad de asegurado/a obligatorio no hubiera estado asegurado/a, por la OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL. En este último caso, es de aplicación el Art. 88 del D.S. N° 003-98-SA.
✓ b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente autoinfligidas o autoeliminación o su tentativa.
✓ c) La muerte o invalidez de los trabajadores/as asegurables que no hubieren sido declarados/as por EL o LA CONTRATANTE cuyas pensiones serán de cargo de la OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL de conformidad con el Art. 88 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.
✓ d) La muerte de el/la ASEGURADO/A producida mientras EL o LA ASEGURADO/A se encuentra gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del IPSS, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.
e.- No constituye accidente de trabajo:
✓ El provocado intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal;
✓ El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el o la empleador/a;
✓ El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo;
✓ El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo;
✓ Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte de EL o LA ASEGURADO/A;
✓ Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín o conmoción contra el orden público o terrorismo;
✓ Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza;
✓ Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.
✓ Todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo con arreglo a las normas del Decreto Supremo No 003-98-SA, así como toda enfermedad que no merezca la calificación de enfermedad profesional, de acuerdo a la mencionada norma.

Firma y sello de el o la
Representante Legal



5

Descarga el formato de **Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión**, completa los datos solicitados y guarda el archivo.

¿COMO SOLICITAR TU PÓLIZA - (SCTR- PENSIÓN)?

Para contratar tu póliza, debes completar correctamente los siguientes formatos:

SOLICITUD DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN

Envía la solicitud firmada y sellada por el Representante Legal de la empresa o, sólo firma en caso sea Persona Natural, indicando los datos de la Empresa o Persona Natural con RUC y su actividad. Enviarlos en formato pdf o escaneado al correo declaracionessctr@onp.gob.pe

[Descargar formato aquí](#)

DECLARACIÓN DE TRABAJADOREA SCTR - PENSIÓN

Completa la información de la empresa y campos resaltados, considerar el mes en el que se iniciará la vigencia de la póliza (ENVIARLO EN FORMATO EXCEL) al correo declaracionessctr@onp.gob.pe.

[Descargar formato aquí](#)

[Necesitas mayor información descarga el Manual para Adquirir el SCTR - Pensión](#)

[Clic aquí](#) [Descargar Manual de Procedimiento](#)

6

Llenado de datos de **Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión**.

| OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|-------------|-------------|------------------|------------------|-------------|
| NÚMERO (5) | NÚMERO (11) | TEXTO (100) | TEXTO (100) | TEXTO (100) |
| ÍTEM | RUC | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE 2 |

A

B

C

- A.** ÍTEM; es un número correlativo único por cada trabajador/a de la declaración
- B.** Ingresar el número de RUC del/a empleador/a que contrata el SCTR Pensión - ONP.
- C.** Ingresar los datos del/la trabajador/a según se indica en el "Documento Nacional de Identidad" o "Carnet de Extranjería".



Toda la información debe ser ingresada en FORMATO TEXTO y con letras MAYÚSCULAS



7

Llenado de datos de Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión.

| OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|-------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| TEXTO (22) | NUMÉRICO (22) | TEXTO (1) | DD/MM/YYYY | TEXTO (100) | DD/MM/YYYY |
| TIPO DE DOCUMENTO | NRO. DE DOCUMENTO | GÉNERO | FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA | PLANILLA O RECIBO POR HONORARIOS | FECHA DE NACIMIENTO |
| A | B | C | D | E | F |

- A.** Aquí se ingresa el tipo de documento del/la trabajador/a: “Documento Nacional de Identidad” o “Carnet de Extranjería”.
- B.** Registra el número del DNI (08 dígitos) o del “Carnet de Extranjería”.
- C.** Es el sexo del/la trabajador/a y es el que figura en su DNI. Ingresar “M” para masculino o “F” para femenino.
- D.** Es la fecha en que empezó a laborar el/la trabajador/a en la empresa; lleva el siguiente formato: “DD/MM/AAAA”. Ejemplo: si es el 3 de julio del 2022, debe ingresar 03/07/2022.
- E.** Ingresar “P” si está en planilla o “RH” si es por recibo por honorarios.
- F.** Fecha de nacimiento del/la trabajador/a bajo el siguiente formato: “DD/MM/AAAA”.



Toda la información debe ser ingresada en FORMATO TEXTO y con letras MAYÚSCULAS



8

Llenado de datos de Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión.

| OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO | OBLIGATORIO |
|---------------------------------|---------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| NUMERICO (6.2) | TEXTO (150) | TEXTO (150) | TEXTO (150) | TEXTO (300) | TEXTO (300) | TEXTO (300) |
| REMUNERACIÓN MENSUAL BRUTA (S/) | ACTIVIDAD DE RIESGO | CENTRO DE RIESGO | TIPO DE RIESGO | DEPARTAMENTO | PROVINCIA | DISTRITO |
| A | B | C | D | E | | |

- A.** Registrar el monto del pago mensual del/la trabajador/a a asegurar.
- B.** Es la actividad principal del/la empleador/a. Ejemplo: Fabricación de Productos Metálicos.
- C.** Es el lugar físico donde el/la empleador/a realiza la actividad de riesgo que puede ser la misma actividad principal. Ejemplo: Centro de Riesgo: Construcción de Edificios; Actividad de Riesgo: Fabricación de Productos Metálicos.
- D.** Ingresar Alto Riesgo o Bajo Riesgo (para el Ministerio de Salud, Hospitales Públicos y de las Fuerzas Armadas), Socavón o Superficie o Soporte o Administrativo (para mineras) y General para otras actividades.
- E.** Registrar el lugar donde se realizará el trabajo.



Toda la información debe ser ingresada en FORMATO TEXTO y con letras MAYÚSCULAS



9

Luego de llenar el formato de **Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión**, haz clic en **Ingresar a emitir AQUÍ**.

ONP Virtual Inicio Te asesoramos ONP Virtual ONP Cultura Tu zona segura

¿COMO SOLICITAR TU PÓLIZA - (SCTR- PENSIÓN)?

Para contratar tu póliza, debes completar correctamente los siguientes formatos:

SOLICITUD DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN

Envía la solicitud firmada y sellada por el Representante Legal de la empresa o, sólo firma en caso sea Persona Natural, indicando los datos de la Empresa o Persona Natural con RUC y su actividad. Enviarlo en formato pdf o escaneado al correo declaracionessctr@onp.gob.pe

Descargar formato aquí

DECLARACIÓN DE TRABAJADOREA SCTR - PENSIÓN

Completa la información de la empresa y campos resaltados, considerar el mes en el que se iniciará la vigencia de la póliza (ENVIARLO EN FORMATO EXCEL) al correo declaracionessctr@onp.gob.pe.

Descargar formato aquí

Necesitas mayor información descarga el Manual para Adquirir el SCTR - Pensión

Descargar Manual de Procedimiento

Ingresar a emitir **AQUÍ**

Clic aquí

10

Coloca tu número de RUC, digita el código captcha y presiona **Ingresar**.

ONP Virtual Inicio Te asesoramos ONP Virtual ONP Cultura Tu zona segura

Formulario de cotización de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR Ver guía en PDF

Inicio de sesión

Tu número de RUC (11 dígitos)

10439307469

Ingresar tu RUC usando el teclado virtual

Ingresar



11

Abre tu correo electrónico y anota el número de la cotización que aparece en el asunto del correo que te enviamos.



12

Ingresa el número de cotización (incluyendo los ceros de la izquierda) y da clic en **Buscar**.



13

Completa los datos requeridos. Modifica y/o actualiza la información de ser el caso.

Inicio Te asesoramos

ONP Virtual ONP Cultura

Tu zona segura

Formulario de cotización de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR

Ver guía en PDF

Juan Pérez Mamani10439307469

Datos Generales

Dirección

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

DepartamentoProvinciaDistrito

LIMALIMALA MOLINA

CargoSectorFecha

ACTIVIDADES DE RESPRIVADOdd/mm/aaaa

Datos de la Persona de Contacto

Persona de Contacto

JUAN PÉREZ MAMANI

TeléfonoAnexoCelular

63422224160992749259

Puesto de trabajoCorreo electrónico

TITULARcorreo@gmail.com

Dirección de Correspondencia

☒ Copiar la dirección Fiscal como dirección de correspondencia

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

DepartamentoProvinciaDistrito

LIMALIMALA MOLINA

Declaración de Trabajadores

Adjuntar documentos

Seleccionar archivoFormatoDeclar...adores_v1.7.xls

MesAño

Agosto2022

Procesar Carga

ONP
SCTR
Pensión

SCTR Pensión
(01) 634-2222 Anexo 2034
consultassctr@onp.gob.pe



14

En la sección **Declaración de Trabajadores**, da clic en **Seleccionar archivo**. En seguida, busca, selecciona y carga el archivo Excel de **Declaración de Trabajadores SCTR-Pensión** que llenaste y guardaste previamente.

Inicio Te asesoramos

ONP Virtual ONP Cultura

Tu zona segura

Formulario de cotización de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR

Ver guía en PDF

Juan Pérez Mamani10439307469

Datos Generales

Dirección

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

DepartamentoProvinciaDistrito

LIMALIMALA MOLINA

CargoSectorFecha

ACTIVIDADES DE RESPRIVADOdd/mm/aaaa

Datos de la Persona de Contacto

Persona de Contacto

JUAN PÉREZ MAMANI

TeléfonoAnexoCelular

63422224160992749259

Puesto de trabajoCorreo electrónico

TITULARcorreo@gmail.com

Dirección de Correspondencia

☒ Copiar la dirección Fiscal como dirección de correspondencia

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

DepartamentoProvinciaDistrito

LIMALIMALA MOLINA

Declaración de Trabajadores

Adjuntar documentos

Seleccionar archivoFormatoDeclar...adores_v1.7.xls

MesAño

Agosto2022

Procesar Carga

ONP
SCTR
Pensión

SCTR Pensión
(01) 634-2222 Anexo 2034
consultassctr@onp.gob.pe

Clic aquí



15

A continuación, completa los datos de **Mes y Año** de la vigencia de la póliza. Luego, haz clic en **Procesar Carga**.

Puesto de trabajo: TITULAR

Correo electrónico: correo@gmail.com

Dirección de Correspondencia

☒ Copiar la dirección Fiscal como dirección de correspondencia

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

Departamento: LIMA | Provincia: LIMA | Distrito: LA MOLINA

Declaración de Trabajadores

Adjuntar documentos

Seleccionar archivo: FormatoDeclar...adores_v1.7.xls

Mes: Agosto | Año: 2022

Procesar Carga

Clic aquí

ONP - SCTR Pension
SCTR Pension (01) 634-2222 Anexo 2034
consultassctr@onp.gob.pe

16

Se mostrará un mensaje indicando que la **Solicitud de Emisión** se está procesando.

Puesto de trabajo: TITULAR

Correo electrónico: correo@gmail.com

Dirección de Correspondencia

☒ Copiar la dirección Fiscal como dirección de correspondencia

DIRECCIÓN DE LA FACTURA

Solicitud de Emisión

Estimado Cliente, su solicitud de emisión esta siendo procesado. Le estaremos notificando sobre el avance mediante el correo registrado

Cerrar

Procesar Carga

ONP - SCTR Pension
SCTR Pension (01) 634-2222 Anexo 2034
consultassctr@onp.gob.pe



17

Recibirás un correo de **onptecontacta@onp.gob.pe**, a través del cual te informaremos el resultado de la emisión de la **Orden de Pago**.

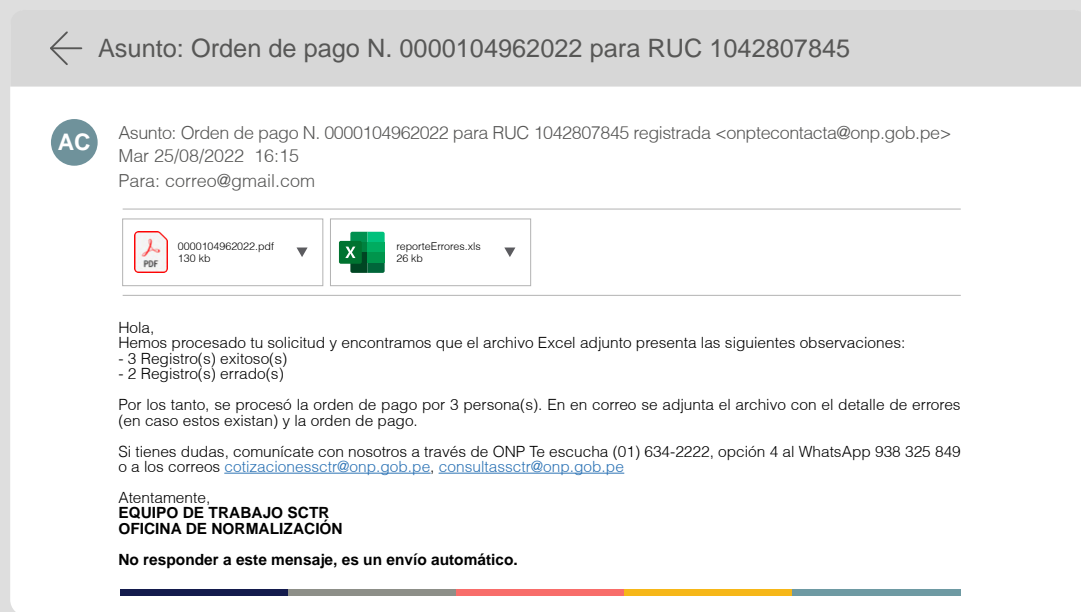
17.1

Si todos los registros fueron exitosos, el correo tendrá un contenido similar a este:



17.2

Si solo algunos registros fueron exitosos y el resto son errados, el correo tendrá un contenido similar a este:





18

En el correo que recibiste encontrarás la **Orden de Pago; descárgala para que sepas cuál es el importe a pagar.** Podrás realizar el abono en la cuenta correspondiente de cualquiera de los siguientes bancos: Banco de la Nación, Interbank o Scotiabank.



Lima, 31 de agosto de 2022

ORDEN DE PAGO: Nro 000101742022

¡Hola! JUAN PÉREZ MAMANI
RUC: 10428207459
SOLICITUD DE SEGURO: Agosto-2022



**Tu monto a pagar es de
S/124.58**

Instrucciones: El pago correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)-Pensión, podrá realizarlo a partir del 15 de diciembre de 2022 en las agencias de los siguientes bancos:

- BANCO DE LA NACIÓN:** acércate a ventanilla e indica que realizarás el depósito bajo la transacción 3710 y ONP SCTR y especifica la razón social o el código de pago: 0158052022 (número de tu orden de pago).
 - Los cheques del Banco de la Nación deberán estar girados con el nombre "BANCO DE LA NACIÓN - ONP SCTR"
 - Los cheques de otros bancos tienen que estar previamente certificados o ser emitidos como cheque de gerencia y deberán estar girados con el nombre "BANCO DE LA NACIÓN - ONP SCTR"
- SCOTIABANK:** acércate a ventanilla e indica que realizarás el depósito sobre el Servicio de Recaudación de la ONP SCTR, a través de las siguientes modalidades, según te corresponda:
 - Para el "Servicio con base de datos" - "201 Recaudación SCTR" brinda tu número de RUC y te indicarán el monto a pagar.
 - Para el "Servicio autogenerado" - "102 Recaudación SCTR", brinda tu número de RUC y el monto de pago; este importe debe ser igual al que figura en la orden de pago.Para los pagos con cheques, estos deberán estar girados con el nombre "OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL ONP"
- INTERBANK:** podrás realizar tus pagos solo a través de la Banca por Internet y Agentes Interbank.

Si eres cliente(a) de algunos de estos bancos, también podrás realizar los pagos en línea a través de sus plataformas de Banca por Internet:

- Banco INTERBANK, opción "Pago de servicios" - "Empresa ONP"
- Banco SCOTIABANK, opción "Servicios o instituciones" - "Otras categorías" - "ONP-SCTR"

Una vez verificado su pago, los documentos de su póliza y factura se emitirán en las siguientes 24 horas y será enviada al correo electrónico registrado.
Atentamente,

EQUIPO DE TRABAJO SCTR
OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL

Vigencia de la ORDEN DE PAGO: 3 días hábiles contados desde la fecha de emisión de la orden de pago.

Si tuvieras alguna consulta con respecto a la relación de trabajadoras/es registradas/os durante el proceso, comunícate a declaracionessctr@onp.gob.pe

Sede central

Jr. Bolivia 109, Cercado de Lima, Lima
Lima - Perú

www.gob.pe/onp



PERÚ

Ministerio
de Economía y Finanzas



ONP

Oficina de
Normalización
Previsional



Gobierno del Perú



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024