

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO VIDA LEY- EX TRABAJADORES**



CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO VIDA LEY EX-TRABAJADORES

Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Razón social	Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL ASEGURADO/CONTRATANTE

Nombre	
DNI	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	
Ramo	82. Vida Ley Ex - Trabajadores
Moneda	Soles/Dólares Americanos
Vigencia	Anual.
Renovación	Previa comunicación a LA COMPAÑÍA hasta 30 días antes del fin de vigencia.
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del día en que se suscribe el contrato de seguro.
Fin de Vigencia	Hasta las 24:00 horas del día de fin de vigencia.

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
N° de Registro	
Comisión	
Domicilio	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo	
Comisión	

5. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Coberturas ¹	Suma asegurada ²
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres últimos meses previos al cese de sus labores.
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.
Invalidez Total Permanente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.

¹Las coberturas son excluyentes; es decir, que sólo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza. Su detalle se encuentra en las Condiciones Generales de la presente Póliza.

²La remuneración mensual asegurable no podrá exceder la remuneración mensual máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

6. BENEFICIARIOS

Cobertura	Beneficiario
Muerte Natural o Accidental	El cónyuge o conviviente y los descendientes del asegurado en caso de muerte natural o accidental. Ante la falta de estos, serán considerados como beneficiarios los ascendientes y los hermanos menores de dieciocho (18) años del asegurado. EL Asegurado contratante deberá proporcionar a LA COMPAÑÍA la declaración de beneficiarios con su firma debidamente legalizada (notarialmente o por juez de paz a falta de Notario en el lugar de su domicilio), con la relación de las anteriores personas como sus beneficiarios, indicando su nombre, vínculo (cónyuge, hijo, etc) documento identidad y su domicilio.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	El Asegurado

7. PRIMA

Prima comercial: Es la prima mensual que resulta de multiplicar la tasa prima que se establece en base a la edad del asegurado por la última remuneración mensual asegurable percibida por el trabajador antes de su cese:

PRIMA COMERCIAL = TASA PRIMA MENSUAL multiplicada por REMUNERACIÓN MENSUAL ASEGURABLE

Tasa Prima mensual	XXX%
Remuneración mensual asegurable	XXX

PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX

	Monto
Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXX
Cargos por la contratación de promotores de seguros.	XXX
Cargos por la contratación de comercializadores.	XXX

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

Oportunidad de pago: "XXX"

8. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de lesiones autoinferidas (aplica solo a la cobertura de invalidez total y permanente por accidente).

9. COMUNICACIONES:

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de EL ASEGURADO, como a EL BENEFICIARIO serán los mismos que he consignado en este documento y/o en la Solicitud de Seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse conmigo, en mi calidad de EL ASEGURADO y/o con EL BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud. Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante