

**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES**



### CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES

Crecer 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

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

#### 2. DATOS DEL CONTRATANTE

<b>Razón social</b>	
<b>RUC</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

#### 3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

<b>N° Póliza</b>	
<b>Ramo</b>	73. Vida Ley Trabajadores
<b>Moneda</b>	
<b>Vigencia</b>	XXX
<b>Inicio de Vigencia</b>	Desde las 00:00 horas del día 00/00/00.
<b>Fin de Vigencia</b>	Hasta las 24:00 horas del día 00/00/00.
<b>Renovación:</b>	XXX
<b>Deducible, Franquicias</b>	Ninguno.
<b>Periodo de Carencia</b>	Ninguno.

#### 4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

<b>Corredor</b>	
<b>Código</b>	

## 5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

<b>Asegurados<sup>1</sup></b>	Trabajadores, empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial.
<b>Beneficiario</b>	El asegurado en caso de Invalidez total y permanente por accidente.
<b>Beneficiario(s) adicional(es)<sup>2</sup></b>	El cónyuge o conviviente y los descendientes del asegurado en caso de muerte (accidental o natural). Ante la falta de estos, serán considerados como beneficiarios los ascendientes y los hermanos menores de 18 años del asegurado.

<sup>1</sup> Los Asegurados tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador, a partir del inicio de la relación laboral.

<sup>2</sup> Conforme a lo establecido en el Artículo N° 1 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y demás disposiciones vigentes sobre el particular.

Este seguro no requiere de una Declaración Personal de Salud (DPS).

## 6. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Las coberturas Básicas son aquellas que la compañía asume en virtud de lo dispuesto en la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688.

<b>Coberturas Básicas<sup>3</sup></b>	<b>Suma asegurada<sup>4</sup></b>
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables que se establecerán sobre la base del promedio del monto percibido por el asegurado en los últimos tres meses previos a su fallecimiento.
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.
Invalidez Total y Permanente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.

<sup>3</sup> Las Coberturas Básicas 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.

<sup>4</sup> La 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.

Las siguientes coberturas adicionales forman parte de la presente póliza:

Coberturas Adicionales	Condiciones
XXX	XXX

## 7. PRIMA

**Prima comercial:** Es la prima mensual que resulta de multiplicar la suma de las remuneraciones mensuales de los Empleados u Obreros asegurados por la tasa que corresponde a cada categoría de asegurado:

	Tasa prima mensual (%) (incluye IGV)
Empleados	
Obreros	

**Frecuencia de pago:** "X"

**Forma de pago:** "X"

**Lugar de pago:** "X"

**Oportunidad de pago:** "X"

## 8. COMUNICACIONES

El CONTRATANTE ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirle comunicaciones será el mismo consignado en este documento. Asimismo, declara haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con EL CONTRATANTE y/o con EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a su solicitud.

El CONTRATANTE deja expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través de los medios de comunicación indicados en este documento.