

CERTIFICADO DE SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES
Código SBS <XXXX>

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Asegurados¹	Trabajadores, empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial.
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total y permanente (ITP) por accidente del asegurado.
Beneficiario	El asegurado en caso de invalidez total y permanente por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)²	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.
Inicio de vigencia	Fecha en la que el Contratante incluye por primera vez al asegurado en su declaración de planilla.
Fin de vigencia	Fecha en la que el asegurado deja de trabajar para el Contratante, fecha en la que el Contratante deja de incluirlo en su declaración de planilla o fecha en la que ocurre un evento asegurado por una cobertura básica; lo que ocurra primero.

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

² De acuerdo con 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.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Razón social	Crece Seguros S.A. Compañía de Seguros	RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310	Distrito	San Isidro
Provincia	Lima	Departamento	Lima
Correo electrónico	gestionalcliente@crecarseguros.pe	Teléfono	(01) 4174400

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de documento	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nac. / /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Dirección del domicilio		N° / Mz. / Lt.	Distrito
			Provincia
Departamento	Relación con el contratante		
	Trabajador empleado u obrero del contratante		

COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura Básica³	Suma asegurada
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado, en los tres últimos meses previos a su fallecimiento.
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.
Invalidez Total y Permanente (ITP)	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.

³ Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

Cobertura adicional	Suma asegurada
XX	YY

Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, en el Seguro de Vida Ley no existen exclusiones para las coberturas básicas.

En el caso que EL CONTRATANTE haya suscrito las Cláusulas Adicionales, LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro por las coberturas adicionales cuando este ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**

3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
7. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total y permanente).

Adicionalmente, no se pagará la suma asegurada correspondiente a las coberturas adicionales, en los siguientes casos:

Cobertura adicional	Exclusiones
Incapacidad para el trabajo	Siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.
Renta por fallecimiento en accidente de trabajo	Siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.
Trasplante de órganos	Cuando la enfermedad que origina el trasplante se haya diagnosticado durante el año anterior a la fecha de ingreso del asegurado en la Póliza.
Fallecimiento por infarto al Miocardio	Cuando el asegurado haya sido diagnosticado de enfermedad coronaria durante el año anterior a su fecha de ingreso en la Póliza. Se considera como enfermedad coronaria: 1. Angina Estable, Angina Inestable, Angina de Prinzmetal, Angor Pectoris. 2. Cardiopatía Coronaria, Cardiopatía Isquémica. 3. Cirugía de revascularización miocárdica, colocación de stent.
Fallecimiento por Accidente Cerebro Vascular (ACV)	Cuando el asegurado haya tenido uno o más episodios de ACV con recuperación de diverso grado, antes de su ingreso a la Póliza, sin importar el tiempo de antigüedad del primer episodio.
Coma	1. Coma que no dure más de 48 horas. 2. Coma ocasionado por sobredosis de psicofármacos.
Cirugía Puente Aortocoronario (By Pass)	Cuando la cirugía sea consecuencia de: 1. Enfermedades Congénitas. 2. Enfermedad diagnosticada dentro del año anterior a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

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"

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, y/o EL BENEFICIARIO deberá comunicar a **LA COMPAÑÍA** la ocurrencia del siniestro. Para ese efecto, podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar el pago del siniestro por coberturas básicas, se deberá presentar en cualquier oficina de **LA COMPAÑÍA** los siguientes documentos obligatorios:

Documento Obligatorio	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)	✓	✓	
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple)	✓	✓	
Certificado de Necropsia ⁴ (original o certificación de reproducción notarial)		✓	
Atestado Policial Completo ⁴ (copia simple)		✓	✓
Dictamen o certificado médico emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.			✓

Documento Obligatorio	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Declaración Jurada ⁵ que incluye la relación de beneficiarios, firmada por el Asegurado de acuerdo con el Artículo N°6 - Decreto Legislativo 688 (original o certificación de reproducción notarial). Documento entregado por EL CONTRATANTE.	✓	✓	
Documento nacional de identidad de los beneficiarios (copia simple).	✓	✓	

⁴ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

⁵ La declaración jurada deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de 48 horas de producido el fallecimiento de EL ASEGURADO. En caso el ASEGURADO no hubiese presentado la declaración de beneficiarios a la que se refiere la mencionada norma, EL CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una carta indicando que el ASEGURADO no presentó dicha declaración. En defecto de esta, los interesados pueden presentar el Acta de Sucesión Intestada o la Resolución Judicial de Declaratoria de herederos o el Testamento. En caso de existir un testamento por escritura pública, prima sobre la declaración jurada, de ser posterior a esta.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de reclamos y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía judicial o después de ocurrido el siniestro pactar ir a la vía arbitral:

Defensoría del Asegurado <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: (01) 4469158 	SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley. Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CONTRATO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

El Certificado de Seguro puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 16 de las Condiciones Generales):

I. Causales de nulidad

- a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable del Contratante, según lo señalado en el Artículo N° 15 y en el Artículo N° 16 (inciso c, numeral 1) de las Condiciones Generales.**
- b) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro, según lo señalado en el Artículo N° 16 (inciso c, numeral 3) de las Condiciones Generales**

II. Causales de extinción

- a) Por mora en el pago de la prima -por parte del Contratante- por noventa (90) días sin que Crecer Seguros haya requerido su pago, según lo señalado en el Artículo N° 13 y en el Artículo N° 16 (inciso b, numeral 2) de las Condiciones Generales.**
- b) Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO.**
- c) Por invalidez total y permanente por accidente de EL ASEGURADO.**
- d) Cuando EL ASEGURADO, por cualquier motivo, concluya su relación contractual con EL CONTRATANTE.**

INFORMACION ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el contratante se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- **Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.**
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas.
- Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario, deberá ser comunicado a CRECER SEGUROS por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

COMUNICACIONES

- EL ASEGURADO ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que CRECER SEGUROS utilizará para remitirle comunicaciones en su calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante EL CONTRATANTE al inicio y/o durante su relación laboral. Asimismo, declara haber sido informado y acepto, que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, CRECER SEGUROS se reserva la facultad de contactarse con el Asegurado y/o

Beneficiario, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales brindará respuesta a la solicitud.

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Representante de Crecer Seguros

RESUMEN - SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES

INFORMACIÓN GENERAL

- 1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**
 - Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, Miraflores, Lima – Perú.
 - Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
 - Página web: www.crecerseguros.pe
 - Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- 2. ¿Cómo y dónde se efectúa el pago de la prima?**

En este tipo de seguro, el pago de la prima está a cargo del empleador Contratante. Este pago se efectuará según la frecuencia, lugar y forma de pago acordados en las Condiciones Particulares, previa presentación de la Declaración de Planilla que corresponda.
- 3. ¿Cuál es el medio y plazo establecido para dar el aviso de siniestro?**

El Contratante, el asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro).

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de Crecer Seguros.
- 4. ¿Cuáles son los lugares autorizados y el procedimiento para solicitar la cobertura del seguro?**

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas de Crecer Seguros los documentos obligatorios señalados en el Artículo N° 17 de las Condiciones Generales.

Después de recibidas y aprobadas las pruebas del siniestro y la documentación de sustento de los beneficiarios, Crecer Seguros efectuará el pago de la cantidad que corresponda al asegurado o a los beneficiarios de acuerdo con lo estipulado en las disposiciones legales vigentes.
- 5. ¿Cuáles son los medios habilitados para presentar consultas y reclamos?**

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

Además, para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial o la Vía Arbitral en caso corresponda.

 - Departamento de Servicio al Ciudadano SBS: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima / (0800) 10840 (línea gratuita).
 - Indecopi: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima / (01) 2247800.
 - Defensoría del Asegurado: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, San Isidro, Lima / 01-4210614.
- 6. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?**

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son las coberturas básicas de muerte (natural o accidental) e invalidez total y permanente por accidente y las coberturas adicionales que hayan sido contratadas por su empleador. Las coberturas básicas son excluyentes entre sí; es decir, que solo se podrá utilizar una de ellas durante la vigencia de la Póliza.

Además de las coberturas básicas, se podrán otorgar coberturas adicionales, siempre que el empleador las haya contratado. En ese caso, las coberturas adicionales se listarán en el Certificado de Seguro.

¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, en el Seguro de Vida Ley no existen exclusiones para las coberturas básicas.

En el caso el Contratante haya contratado coberturas adicionales, no se pagará el siniestro por las mismas cuando este ocurra como consecuencia de:

- a. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
 - b. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo** (por ejemplo: seguridad privada).
 - c. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
 - d. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
 - e. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
 - f. **Uso voluntario de alcohol** (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
 - g. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento** (aplica sólo a la cobertura de invalidez total y permanente).
- Adicionalmente, no se pagará la suma asegurada correspondiente a las coberturas adicionales, en los siguientes casos:
- h. **Incapacidad para el trabajo: siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.**
 - i. **Renta por fallecimiento en accidente de trabajo: siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.**
 - j. **Trasplante de órganos:** cuando la enfermedad que origina el trasplante se haya diagnosticado durante el año anterior a la fecha de ingreso del asegurado en la Póliza.
 - k. **Fallecimiento por infarto al Miocardio:** cuando el asegurado haya sido diagnosticado de enfermedad coronaria durante el año anterior a su fecha de ingreso en la Póliza. Se considera como enfermedad coronaria: angina estable, angina inestable, angina de Prinzmetal, angor pectoris, cardiopatía coronaria, cardiopatía isquémica, cirugía de revascularización miocárdica y colocación de stent.
 - l. **Fallecimiento por Accidente Cerebro Vascular (ACV):** cuando el asegurado haya tenido uno o más episodios de ACV con recuperación de diverso grado, antes de su ingreso a la Póliza, sin importar el tiempo de antigüedad del primer episodio.
 - m. **Coma:** coma que no dure más de 48 horas o coma ocasionado por sobredosis de psicofármacos.
 - n. **Cirugía Puente Aortocoronario (by Pass):** cuando la cirugía sea consecuencia de enfermedades congénitas o enfermedad diagnosticada dentro del año anterior a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.
- ### 7. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia en el seguro?
- Se podrá asegurar bajo esta Póliza a todos los trabajadores, quienes tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador – El Contratante- a partir del inicio de la relación laboral. Los trabajadores deben figurar en los registros del Contratante y ser declarados a Crecer Seguros en formato oficial.
- ### 8. ¿Cómo se aplica el derecho de resolver el contrato sin expresión de causa?
- La Póliza podrá ser resuelta sin expresión de causa por el Contratante, según lo indicado en el Artículo N°11 de las Condiciones Generales.

9. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la Póliza?

Durante la vigencia del contrato Crecer Seguros no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho de analizar la propuesta 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 genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

IMPORTANTE

- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**
- **Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

SOLICITUD DE SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES
Código SBS N°

El solicitante requiere la contratación del seguro cuyas características se resumen a continuación:

Características del Seguro

ASEGURADOS	
Trabajadores empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial. Todos los trabajadores, antes indicados, tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador, a partir del inicio de la relación laboral.	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: XXX Fin de vigencia: XXX La presente póliza tiene renovación automática, salvo que EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA expresen su deseo de no renovar con una anticipación no menor a treinta días previos al vencimiento.	
DATOS DEL CONTRATANTE	
Razón social	RUC
Dirección	Distrito
Provincia	Departamento
Correo electrónico	Teléfono
INFORMACION IMPORTANTE	
N° de Empleados:	Total de Planilla:
N° de Obreros:	Total de Planilla:
Compañía de Seguro actual:	
Tasa de empleados vigente (%):	Tasa de Obreros vigente (%):
N° de Empleados mayores de 60 años:	N° de Empleados con sueldo mayor a la Remuneración Máxima Asegurable para seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el SPP:
N° de trabajadores Fallecidos en los últimos 5 años:	Sueldo Máximo:
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)	
Coberturas básicas¹	Suma asegurada
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado, en los tres últimos 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 por Accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.
¹ Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.	

PRECIO DEL SEGURO (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"

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El asegurado en caso de Invalidez total y permanente por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es) ²	El cónyuge o conviviente y los descendientes del asegurado en caso de muerte accidental o natural del asegurado. Ante la falta de estos, serán considerados como beneficiarios los ascendientes y los hermanos menores de 18 años del asegurado.

²Conforme 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.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el Seguro de Vida Ley, no existen exclusiones para las coberturas básicas previstas en el Artículo N°5 de las Condiciones Generales de la presente Póliza.

CLÁUSULA ADICIONAL APLICABLE: Cuando la hayan suscrito LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, resultan aplicables los términos de la Cláusula Adicional del Seguro de Vida Ley.

Declaraciones y Autorizaciones

- El Contratante declara haber sido informado sobre las principales características del Seguro Vida Ley de Crecer Seguros.
- **El Contratante declara haber sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada a la Aseguradora relativa a la planilla de empleados y obreros, podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.**
- El Contratante autoriza expresamente a Crecer Seguros a enviarle por medios electrónicos la póliza de Seguro y declara haber sido informado de los pasos para acceder de la póliza electrónica del Seguro.

Comunicaciones:

El Contratante declara haber sido informado y aceptar que: el domicilio y/o correo electrónico que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante el Contratante al momento de solicitar la tarjeta de crédito y/o débito asegurada. Asimismo, declaro haber sido informado y acepto, que, en caso el Asegurado presente una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros se reserva la facultad de contactarse con el Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, para



actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales brindará respuesta a la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario, deberá ser comunicado a Crecer Seguros por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Firma de la Empresa Solicitante

Representante de
Crecer Seguros