

SOLICITUD DE SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES
Código SBS N° VI1787300005

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: Fin de vigencia: Renovación:	
DATOS DEL CONTRATANTE	
Razón social	RUC
Dirección	Distrito
Provincia	Departamento
Correo electrónico	Teléfono
INFORMACION DE LOS ASEGURADOS	
N° de Empleados:	Total de Planilla:
N° de Obreros:	Total de Planilla:
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:
El total de planilla o sueldos a declarar es aquel que se consigna en los libros de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el trabajador, aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el límite de la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Cuando se trate de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses.	
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. Adicionalmente, estas coberturas no conllevan una edad máxima de ingreso ni permanencia en la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES:

(En caso se contraten las coberturas adicionales por el CONTRATANTE)

Coberturas Adicionales ²	Suma asegurada ³	Condiciones
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX

²Las coberturas adicionales tienen un límite edad de ingreso y permanencia para los asegurados en la póliza de hasta xx años.

Durante la vigencia del seguro se podrá utilizar todas las coberturas adicionales con un máximo de "X" evento(s) por año de cobertura, excepto en aquellas relacionadas con el fallecimiento que se cubrirán por única vez.

³Para las coberturas relacionadas con enfermedad o muerte natural, se define la remuneración mensual asegurable con el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres últimos meses previos a su fallecimiento. Para las coberturas relacionadas con un accidente, se toma en cuenta el monto de la última remuneración mensual asegurable, según lo establecido en las Condiciones Generales.

Remuneración máxima asegurable aplicable a las coberturas adicionales: xxxxxxx

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 neta que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses que sea contratada la presente póliza:

	Tasa neta mensual (%)
Empleados	
Obreros	

Vigencia: xx meses

Prima comercial xxxxx: S/ xxxx.xx

Prima Comercial xxxxx+ IGV: S/ xxxx.xx

Descripción general	Monto o porcentaje
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	XXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XXX

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. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.
Beneficiario(s) adicional(es) ²	El cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 321 del Código Civil y de los descendientes; sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años. El trabajador deberá entregar a su empleador una declaración jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, sobre los beneficiarios del seguro de vida, con estricta observancia del orden establecido en el artículo 1 de esta Ley y con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Es obligación del trabajador comunicar a su empleador las modificaciones que puedan ocurrir en el contenido de la declaración jurada.

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)

COBERTURAS PRINCIPALES: 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.

COBERTURAS ADICIONALES: Cuando la hayan suscrito LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, resultan aplicables los términos de cada 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.
- La recepción de la presente solicitud de parte de CRECER SEGUROS genera la obligación de poner a disposición la póliza correspondiente al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción, si no media rechazo previo de la solicitud, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

IMPORTANTE:

- El Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora

vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; por lo tanto, autoriza - a CRECER SEGUROS - al acceso de dicha información, bajo el marco antes señalado.

Comunicaciones:

El Contratante declara haber sido informado y aceptar que: el domicilio y/o correo electrónico que Creceer 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 asegurado. Asimismo, declaro haber sido informado y acepto, que, en caso el Asegurado presente una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer 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 Creceer Seguros por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Fecha de firma: ___ / ___ / _____

Firma y Sello de la Empresa Solicitante

Representante de
Creceer Seguros