

SOLICITUD DE SEGURO VIDA LEY EX TRABAJADORES

Código SBS N° VI1788200015

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

Características del Seguro

ASEGURADOS				
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Es el ex-Trabajador que al momento de su cese laboral goza de la cobertura del seguro Vida Ley de Creceer Seguros y opta por solicitar la emisión de una póliza de vida individual dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al término de su relación laboral.				
VIGENCIA DEL SEGURO				
Inicio de vigencia: Fecha en la que se suscribe el contrato de seguro. Fin de vigencia: Fecha en la que se cumple un año desde su inicio de vigencia o fecha en la que ocurre un evento asegurado o se contrate un Seguro de Vida Ley a favor del Asegurado; lo que ocurra primero. La presente póliza tiene una duración de un año, salvo que EL ASEGURADO exprese su deseo de renovar con una anticipación no menor a treinta (30) días previos al vencimiento y acepte las nuevas condiciones de LA COMPAÑÍA en caso esta decida modificar la póliza.				
DATOS DEL CONTRATANTE				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Nacionalidad
Tipo de documento	No de documento	Género	Estado civil	Fecha de nacimiento
		☐ F ☐ M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Domicilio	
Envío de Comunicaciones acordadas con LA COMPAÑÍA:				
Dirección de domicilio				
Dirección de Correo electrónico				
Teléfono celular				
INFORMACION IMPORTANTE				
Ex empleador:				
RUC Ex Empleador:				
Fecha de cese laboral:				
Última Remuneración Mensual Asegurable:				
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)				
Coberturas básicas ¹	Suma asegurada			
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable.			
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables definidas por la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable.			

Invalidéz Total y Permanente por Accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables definidas por la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al Asegurado o por impedimento de éste a su cónyuge, curador o apoderado especial debidamente acreditados.
--	---

- 1 Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.
- 2 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.

(En caso aplique)

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada	Condiciones y Beneficiario
xxxxxx	xxxxxxx	XXXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: Es la prima que resulta de multiplicar la remuneración mensual asegurable por la tasa mensual neta mensual que se establece en base a la edad del asegurado y por la cantidad de meses de vigencia del seguro:

Tasa neta mensual)	x.xx%
Remuneración Mensual Asegurable	xxxx
Vigencia	xx meses
Prima Comercial xxxxx	xxxxxx

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX

Frecuencia de pago: "x"

Lugar y forma de pago: "X"

Oportunidad de pago: "X"

BENEFICIARIOS

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.
Invalidéz Total y Permanente por Accidente	EL ASEGURADO

De acuerdo con lo establecido la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y demás disposiciones vigentes sobre el particular.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

Este seguro no contempla exclusiones referidas a las coberturas básicas descritas anteriormente.

En caso, se contraten las cláusulas adicionales, LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

En ese sentido, 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.
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 Aorta coronario (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.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

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 las Condiciones Particulares. 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.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- LA COMPAÑÍA entregará, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentada la solicitud, la Póliza de Seguro contratada.
- LA COMPAÑÍA entregará la Póliza de Seguro al ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro y siempre que haya pagado la prima respectiva.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.

LA COMPAÑÍA podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito de el Asegurado. Este tiene un plazo de treinta (30) días calendario desde que le fueron comunicados, por cualquier medio escrito, 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.

CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Creceer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación,

oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

☐

SI

☐

NO

- II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐

SI

☐

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

En atención al principio de Proporcionalidad, la información a ser requerida por la Compañía siempre resultará imprescindible para cumplir con la finalidad que ameritó la recopilación de “Los Datos”; en este sentido, de no proporcionarlos, no podrán prestarse el producto.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe

1. <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>
2. **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**
3. Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

EMPRESA

Banco
Pichincha
Diners Club Perú
S.A.

DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 –
Miraflores
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535,
San Isidro

4. <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2020/03/politicas-de-datos.pdf>

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en el presente documento es verdadera y exacta. Asimismo, declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro y el Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceerseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud, que consta de X páginas.

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Firma y Sello de la Empresa
Solicitante

Representante de
Creceer Seguros