

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



Más simple, más cerca

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

Nombres y Apellidos	
Tipo y N° Documento	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGURO

N° Póliza	
Ramo	82. Vida Ley Ex - Trabajadores
Código SBS	VI1788200015
Moneda	
Vigencia	Anual.
Renovación	
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del día xx/xx/xxxx
Fin de Vigencia	Hasta las 24:00 horas del día xx/xx/xxxx

4. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Coberturas¹	Suma asegurada²
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables ³ .
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables ³ .
Invalidez Total Permanente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables ³ . 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; 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.

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

³ Se entiende por remuneración mensual asegurable para efectos de la aplicación del Artículo 18° del Decreto Legislativo N° 688, que sirve de base a esta póliza, aquella declarada por el Asegurado como su última remuneración, consignada en el libro de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el ex-trabajador, con exclusión de las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable, establecida para efectos del Seguro de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

Coberturas Adicionales	Suma asegurada	Condiciones y Beneficiarios
xxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx	XXX

5. 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

6. PRIMA

Prima comercial: XXX

Tasa Neta Mensual XXX	XXX%
Remuneración mensual asegurable*	XXX
Vigencia	xxx meses

PRIMA COMERCIAL xxxxx	XXX
	Monto
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	XXX

*Nota: Si la última remuneración percibida y declarada por EL ASEGURADO es superior a la Remuneración Máxima Asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones vigente a la fecha de cese del Asegurado, se considerará como Remuneración Mensual Asegurable dicha Remuneración Máxima Asegurable.

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

Oportunidad de pago: "XXX"

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): No Aplica

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

7. 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.

Declaro haber tomado conocimiento de las condiciones generales y resumen informativo complementarias a la presente póliza.

Fecha de Emisión: xx/xx/xxxx

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Asegurado/Contratante