

**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@creceerseguros.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 | V11788200015 |
| 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 |
|------------------------|--------------------|-----------------------------|
| XXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | 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 |