

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO COMPLEMENTARIO
DE TRABAJO DE RIESGO (PENSIONES)**



Más simple, más cerca

CONDICIONES PARTICULARES - SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (PENSIONES)

Crecer 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	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre N°.310, Piso2
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima
Departamento	Lima
Teléfono	Lima (01)4174400 / Provincia (0801)17440
Correo Electrónico	XXXXXX@XXXXX

2. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo Electrónico	

3. DATOS DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

Nro de póliza	XXX
Ramo	SCTR
Código registro SBS	AE1787700020
Actividad	XXXXXX
Centro de Trabajo declarado	
Moneda	XXX
Plazo de contratación	XXX
Inicio de vigencia	XXXXXXXX
Fin de vigencia	XXXXXXXX
Deducibles, Franquicias	Ninguno
Período de carencia	Ninguno

4. DESCRIPCION DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Asegurados	Son los trabajadores del Contratante debidamente declarados y registrados XXXX a la Compañía.
Beneficiarios	Los establecidos en el artículo 1.5 de las Condiciones Generales de la presente póliza, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N°003-98-SA

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales	Pensión de Supervivencia Pensión de Invalidez Gastos de Sepelio
Las sumas aseguradas se detallan en el Art. 8 del Condicionado general	
Reajuste pactado de las pensiones: xxxx	

6. PRIMA COMERCIAL

Número de Asegurados	
Monto de la Planilla Mensual	
Monto de la Planilla Anual	
Tasa Neta Mensual	
Prima Comercial	
Prima Comercial +IGV	

La prima incluye:

	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

7. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Frecuencia de pago: xxxx
Cronograma de Pago: XXX
Lugar de pago: XXX
Forma de Pago: XXX

TCEA (Tasa de costo efectivo anual) en caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de prima que incluya interés: XXX.

Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el **Contratante** que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por este y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a invocar la nulidad del Contrato de Seguro.

8. ENVÍO DE PÓLIZA Y COMUNICACIONES

El CONTRATANTE ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirle comunicaciones será el mismo consignado en este documento. Asimismo, declara haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con EL CONTRATANTE y/o con EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a su solicitud.

Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

Adicionalmente, el Contratante autoriza expresamente desde la fecha de suscripción de este documento, el envío del contrato de seguro, promociones, cartas y/u otra documentación, sean recibidas a través de medios electrónicos, incluyendo el correo electrónico señalado en este documento.

Habiendo **Creceer Seguros S.A.** aceptado la solicitud presentada por el Contratante, la cobertura del seguro se aplica a partir de las [00:00] horas del día de inicio de vigencia una vez realizado el pago de la prima o con la suscripción del Convenio de Pago de Primas.

El **Contratante** declara que, antes de suscribir esta Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales de la misma a cuyas estipulaciones queda sometido por el presente contrato. **El Contratante** deberá firmar y devolver una copia de esta Póliza en señal de conformidad.

San Isidro, xx de xxxxxx del xxxx

Creceer Seguros SA
Compañía de Seguros

Contratante