

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES



CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES

COD. SBS N° VI1787300005

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 CONTRATANTE

Razón social	
RUC	
Actividad	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Razón social	
RUC	
Dirección	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
RUC	
Dirección	
Correo electrónico	Teléfono

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGURO

N° Póliza	xxxxx
Ramo	73. Vida Ley Trabajadores
Moneda	Soles
Vigencia	xxxxx
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.
Renovación:	xxxxx

Deducible, Franquicias	Ninguno.
Periodo de Carencia	Ninguno.

6. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurados¹	Trabajadores, empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial.
Beneficiario en caso de ITP por accidente	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)	En caso de muerte del Asegurado serán los establecidos en el Decreto Legislativo N° 688 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. 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.

¹Los Asegurados tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador, a partir del inicio de la relación laboral.

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.

Este seguro no requiere de una Declaración Personal de Salud (DPS).

7. COMPOSICION DE ASEGURADOS:

Tipo De Trabajador	Cantidad	Total Remuneración Mensual Declarada	Total de Remuneraciones Mensuales Aseguradas
Empleado	xxxxx	S/ xxxxx.xx	S/ xxxxx.xx
Obrero	xxxxx	S/ xxxxx.xx	S/ xxxxx.xx

8. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Las coberturas Básicas son aquellas que la compañía asume en virtud de lo dispuesto en la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688.

Coberturas Básicas ³	Suma asegurada ³
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables que se establecerán sobre la base del promedio del monto percibido por el asegurado en los últimos tres 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	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.

³Las Coberturas Básicas 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.

⁴La 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.

(Texto en caso se hayan contratado coberturas adicionales)

Las siguientes coberturas adicionales forman parte de la presente póliza:

Coberturas Adicionales ⁵	Descripción, Condiciones y beneficiarios	Suma Asegurada ⁶
xxxxx	xxxx	xxxx

⁵Las 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.

⁶Para 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.

9. PRIMA

Prima comercial: Es la prima que resulta de multiplicar el total de la Remuneraciones Mensuales Aseguradas de los Empleados u Obreros asegurados por la tasa neta que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses que corresponde a la vigencia de la presente póliza:

	Tasa neta mensual (%)
Empleados	xx.xx%
Obreros	xx.xx%

Vigencia: xx meses

Prima comercial xxxxx: S/ xxxx.xx

Prima Comercial xxxxx+ IGV: S/ xxxx.xx

Frecuencia de pago: "X"

Forma de pago: "X"

Lugar de pago: "X"

Oportunidad de pago: "X"

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
Cargos por la intermediación de seguros a través de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXX

10. MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS:

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.

El CONTRATANTE deja expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través de los medios de comunicación indicados en este documento.

Fecha de emisión:
xx/xx/xxxx

CRECER SEGUROS SA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EL CONTRATANTE