

Solicitud de Seguro Vida Ley Ex-Trabajadores
Código SBS N° VI1788200015
Póliza N° _____

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

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 y opta por solicitar la emisión de una póliza de vida individual.

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 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 días previos al vencimiento y acepte las nuevas condiciones de LA COMPAÑÍA en caso esta decida modificar la póliza.

DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Nacionalidad
Tipo de documento	N° de documento	Género	Estado civil	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Domicilio	
Envío de Comunicaciones:			Profesión u Ocupación	
<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono celular			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero	
			Precisar: _____	

DATOS DEL CORREDOR

Denominación Social	Registro Oficial	Dirección	Teléfono	Comisión

INFORMACION IMPORTANTE

Ex empleador:	
Fecha de cese laboral:	
Última Remuneración Mensual Asegurable:	

EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)

Coberturas¹	Suma asegurada²
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres (3) últimos meses previos al cese de sus labores
Muerte Accidental	Treintaidós (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Treintaidós (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.

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.

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: Es la prima mensual que resulta de multiplicar la remuneración mensual asegurable por la tasa que se establece en base a la edad del asegurado:

Tasa prima mensual (%) (Incluye IGV)	
---	--

Frecuencia de pago: "X"

Forma de pago: "X"

Lugar de pago: "X"

Oportunidad de pago: "X"

BENEFICIARIOS³

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

³De 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)

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de lesiones autoinferidas.

PROCEDIMIENTO PARA EL RECLAMO DEL SINIESTRO

EL ASEGURADO, y/o EL BENEFICIARIO, según corresponda, deberá comunicar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o comunicarse a teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar las coberturas, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios siguientes, según corresponda:

Documento Obligatorios ²	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓	
Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	✓	✓	
Certificado de Necropsia ¹ (original o certificación de reproducción notarial)		✓	
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal ¹ (copia simple).		✓	✓
Dictamen o certificado médico de EL ASEGURADO emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSa), en original o en certificación de reproducción notarial.			✓
Documento nacional de identidad de LOS BENEFICIARIOS (copia simple).	✓	✓	
Tres últimas boletas de pago correspondientes a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.	✓		
Última boleta de pago correspondiente a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.		✓	

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

² Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo. LA COMPAÑÍA podrá pedir, en el más breve plazo posible, documentación adicional para determinar la procedencia de la cobertura, a fin de respetar la inmediatez indicada en el artículo 14 del Decreto Legislativo N° 688 para el pago del beneficio.

El pago del siniestro se efectuará en un plazo no mayor a 72 horas de presentada la solicitud de cobertura, acompañada de la documentación completa exigida en la presente póliza.

COMUNICACIONES

LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO acuerdan que las comunicaciones relacionadas con el presente Seguro se cursarán a las direcciones físicas, electrónicas, o números telefónicos indicados en la presente Solicitud

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 comunicará a EL ASEGURADO, dentro de los quince (15) días calendarios de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo
- 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 desde que le fueron comunicados 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)

A efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:
 - (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
 - (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en el punto (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.
2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
 - (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
 - (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.
3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de "Negación al consentimiento", de conformidad con lo previsto en la Ley de

Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

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.creceseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Firma del Solicitante

Representante de
Crecer Seguros