

**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (PENSIONES)**

Fecha de solicitud: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Código SBS: AE1787700020

**1. DATOS DEL CONTRATANTE**

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo Electrónico	

**2. DATOS DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS**

Asegurados	Son los trabajadores del Contratante declarados y registrados mensualmente a la Compañía. La falta de declaración de planilla determina el incumplimiento del pago de la prima.
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

**3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

<b>Coberturas por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales</b>	Pensión de Sobrevivencia Pensión de Invalidez Gastos de Sepelio
---	---

**4. DECLARACION DE LA PLANILLA** (Se debe adjuntar relación detallada de trabajadores)

Número de Asegurados	
Monto de la Planilla Mensual	
Monto de la Planilla Anual	
Actividad de Riesgo	
Prima Comercial	
Prima Comercial + IGV	

**5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:**

**6. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA:**

**7. DEDUCIBLE / COPAGO:** No Aplica.

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE:**

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)

Asimismo, autorizó a LA COMPAÑÍA para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza, que me deban ser comunicadas, sean remitidas alternativamente a mi correo electrónico consignado precedentemente.

---

**Creceer Seguros**

---

**Contratante**