

**MICROSEGURO
DE PROTECCIÓN CONTRA
ACCIDENTES
CONDICIONES PARTICULARES**



CONDICIONES PARTICULARES

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 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 COMERCIALIZADOR

| | |
|--|--|
| Nombre o Razón social | |
| RUC | |
| Domicilio | |
| Distrito | |
| Provincia | |
| Departamento | |
| Comisiones por comercialización | |

3. DATOS DEL CONTRATANTE

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre o Razón social | |
| Domicilio | |
| Distrito | |
| Provincia | |
| Departamento | |

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombre del corredor | |
| Domicilio | |
| Distrito | |
| Provincia | |
| Departamento | |
| Número de registro oficial | |
| Comisión | |

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

| | |
|--------------------------------------|--|
| N° Póliza | XXXXX |
| Ramo | Accidentes personales |
| Moneda | XXX |
| Fecha de emisión de la póliza | XX/XX/XXXX |
| Inicio de Vigencia | Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX |
| Fin de Vigencia | Hasta las 23:59 horas del XX/XX/XXXX** |
| Renovación | XX |

** El fin de vigencia de la solicitud- certificado podrá ser la fecha de vencimiento de la Póliza o corresponder a la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido, lo que ocurra primero.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Edad mínima de ingreso | "X" |
| Edad máxima de ingreso | "X" |
| Edad máxima de permanencia | "X" |

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

| Cobertura | Suma asegurada | Condiciones |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Muerte Accidental | Suma asegurada: XXX | Periodo de carencia: XXX |

8. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS (Se señalará solo las que han sido contratadas en la Póliza)

| Coberturas Adicionales | Descripción | Condiciones |
|------------------------|-------------|---|
| XXXX | XXXX | Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX |

9. BENEFICIARIO

| Cobertura | Beneficiario |
|--|---|
| Muerte Accidental | El señalado en la Solicitud-Certificado |
| Los beneficiarios de las coberturas adicionales contratadas serán los indicados en la Solicitud-Certificado de Seguro. | |

10. PRIMA

| | Plan 1 | Plan 2 |
|--|--------|--------|
| Prima Comercial | XX | XX |
| Prima Comercial + IGV | XX | XX |
| La prima comercial incluye: | | |
| Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor | XX | XX |
| Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros | XX | XX |
| Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador. | XX | XX |

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

| | |
|---|-----------|
| Lugar: XX | Forma: XX |
| Fecha: XX | |
| <p>El incumplimiento de pago de la prima origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación. LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.</p> | |

En caso esta póliza haya sido adquirida a través de comercializador, se deja expresa constancia que:

- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurados de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Las comunicaciones cursadas por el contratante, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.

- Los pagos efectuados por el contratante del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

EL CONTRATANTE autoriza en forma expresa a LA COMPAÑÍA, el uso de Datos Personales proporcionados en la contratación del presente seguro para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos y servicios, así como para el tratamiento de Datos Personales a lo que se refiere la Ley N° 29733.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

El CONTRATANTE declara haber tomado conocimiento sobre las condiciones y características de esta Póliza. Las condiciones del seguro, el Solicitante las podrá obtener en la página web de La Compañía (www.creceseguros.pe), así como a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA a optar enviarme por medios electrónicos la póliza y demás documentos que en adelante deriven de la misma, para lo cual declaro expresamente que he sido debida y previamente informado que en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, enviará la Póliza y demás documentos que en adelante deriven de la misma, vía correo electrónico, la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. EL CONTRATANTE declara conocer que el envío por este medio le permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo declaro haber suministrado un correo válido para la recepción de la póliza electrónica, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización.

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el CONTRATANTE declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico: Dirección de envío de correspondencia

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 recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

| | |
|---|------------------------------|
| | |
| Firma del Representante de Creceer Seguros | Firma del Contratante |