

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
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	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre	
Tipo y N° de Documento de Identidad	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

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

6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	61. 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 24:00 horas del XX/XX/XXXX
Renovación	XXXX

7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

Si se supera la edad máxima de permanencia, se podrá solicitar un nuevo seguro de este tipo. En dicho caso, LA COMPAÑÍA efectuará la evaluación del riesgo particular y la tarificación de la prima a pagar.

8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera muerte accidental el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

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

10. BENEFICIARIO

Cobertura Principal	Beneficiario
Muerte Accidental	Los herederos legales o aquellos indicados en la Solicitud.
Coberturas Adicionales	Beneficiario
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

11. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia:** condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a todo accidente o complicación derivada del mismo, producido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia de los mismos durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Participación del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
- Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, que conlleve a un actuar negligente del asegurado que ocasione el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito deberá implicar el uso de alcohol por encima del límite legal vigente.

12. PRIMA

	Plan X
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX

La prima incluye:

	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor	XXX
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

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

13. COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto al ASEGURADO, al CONTRATANTE y/o al BENEFICIARIO será el mismo declarado en la solicitud de seguro y/o en este Condicionado Particular. Asimismo, declaro 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 ASEGURADO, EL CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante