

**MICROSEGURO  
PROTECCIÓN FINANCIERA  
CONDICIONES PARTICULARES**



## CONDICIONES PARTICULARES

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

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Razón social</b>       | Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros    |
| <b>RUC</b>                | 20600098633                                 |
| <b>Dirección</b>          | Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.              |
| <b>Distrito</b>           | San Isidro.                                 |
| <b>Provincia</b>          | Lima.                                       |
| <b>Departamento</b>       | Lima.                                       |
| <b>Teléfono</b>           | Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. |
| <b>Correo electrónico</b> | gestionalcliente@creceerseguros.pe          |

### 2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre o Razón social</b>           |  |
| <b>RUC</b>                             |  |
| <b>Domicilio</b>                       |  |
| <b>Distrito</b>                        |  |
| <b>Provincia</b>                       |  |
| <b>Departamento</b>                    |  |
| <b>Comisiones por comercialización</b> |  |

### 3. DATOS DEL CONTRATANTE

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Nombre o Razón social</b> |  |
| <b>Domicilio</b>             |  |
| <b>Distrito</b>              |  |
| <b>Provincia</b>             |  |
| <b>Departamento</b>          |  |

### 4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Nombre del corredor</b>        |  |
| <b>Domicilio</b>                  |  |
| <b>Distrito</b>                   |  |
| <b>Provincia</b>                  |  |
| <b>Departamento</b>               |  |
| <b>Número de registro oficial</b> |  |
| <b>Comisión</b>                   |  |

**5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS**

|                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>N° Póliza</b>                     |                                       |
| <b>Ramo</b>                          | Accidentes Personales                 |
| <b>Moneda</b>                        | XXX                                   |
| <b>Fecha de emisión de la póliza</b> | XX/XX/XXXX                            |
| <b>Inicio de Vigencia</b>            | Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX  |
| <b>Fin de Vigencia</b>               | Hasta las 24:00 horas del XX/XX/XXXX" |
| <b>Renovación</b>                    | Anual automática.                     |

**6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO**

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>Edad mínima de ingreso</b>     | "X" |
| <b>Edad máxima de ingreso</b>     | "X" |
| <b>Edad máxima de permanencia</b> | "X" |

**7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA**

| <b>Cobertura</b>  | <b>Suma asegurada</b>      | <b>Condiciones</b>  |
|---|----------------------------|---|
| <b>Diagnóstico de enfermedades graves:</b><br>a) Cáncer<br>b) Infarto al miocardio (ataque al corazón)<br>c) Insuficiencia renal crónica<br>d) Coma | <b>Suma asegurada: XXX</b> | <b>Periodo de carencia: XXX</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos: X</b><br>durante la vigencia del seguro  |
| <b>Incapacidad Total y Temporal (ITT) por accidente</b>   | <b>Suma asegurada: XXX</b> | <b>Periodo de carencia: XXX</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos: X</b><br>durante la vigencia del seguro<br><b>Mínimo de días de hospitalización por accidente: XXX</b><br><b>Descanso médico mínimo: XXX</b> |
| <b>Muerte por accidente de tránsito</b>   | <b>Suma asegurada: XXX</b> |   |

**8. BENEFICIARIO**

| <b>Cobertura</b>  | <b>Beneficiario</b>                     |
|---|---|
| <b>Diagnóstico de enfermedades graves</b>               | El señalado en la Solicitud-Certificado |
| <b>Incapacidad Total y Temporal (ITT) por accidente</b> | El señalado en la Solicitud-Certificado |

|   |   |
|---|---|
| <b>Muerte por accidente de tránsito</b> | El señalado en la Solicitud-Certificado |
|---|---|

## 9. EXCLUSIONES

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

- 1) **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO.
- 2) Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- 3) Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- 4) Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- 5) 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.
- 6) Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
- 7) Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

## 10. PRIMA

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| <b>PRIMA COMERCIAL</b>       | XXX |
| <b>PRIMA COMERCIAL + IGV</b> | XXX |

|   | <b>Monto</b> |
|---|--------------|
| Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor. | XXX          |
| Cargos por la contratación de promotores de seguros.  | XXX          |
| Cargos por la contratación de comercializadores.  | XXX          |

La comisión por comercializadores/corredores de seguros/promotores de seguros, forma parte de la prima comercial

**Frecuencia de pago:** "XXX"

**Lugar y forma de pago:** "XXX"