

**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

<b>Razón social</b>	Crecer 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@crecerseguros.pe

### 2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

<b>Nombre o Razón social</b>	
<b>Documento de Identidad o RUC</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

### 3. DATOS DEL CONTRATANTE

<b>Nombre o Razón social</b>	
<b>Tipo de documento de identidad</b>	
<b>Número de documento de Identidad o RUC</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

### 4. DATOS DEL ASEGURADO (Completa solo en caso sea persona distinta a EL CONTRATANTE)

<b>Nombre</b>	
<b>Tipo y N° de Documento de Identidad</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

### 5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

<b>Nombre del corredor</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	

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	XXX
Fin de Vigencia	XXX
Renovación	XXXX

## 7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

## 8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	<p>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. <b>No se considera muerte accidental el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b></p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>	<p><b>Suma asegurada:</b> XXX  <b>Periodo de carencia:</b> XXX  <b>Deducible:</b> XXX</p>

## 9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
XXX		<b>Suma Asegurada: XXX</b> <b>Periodo de carencia: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b>
XXX		<b>Suma Asegurada: XXX</b> <b>Periodo de carencia: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b>

**10. ASISTENCIAS (Se detallarán, en caso corresponda)**

Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

Asistencia	Condiciones	Eventos
XXX	• XXX	• XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

### 11. BENEFICIARIO

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

### 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"

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): XXX

Gastos administrativos: XXX

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

El Contratante declara haber tomado conocimiento de las condiciones generales, resumen y cláusulas adicionales aplicables al presente producto, las mismas que se encuentran a su disposición en la página web de la SBS y de Creceer Seguros.

### 13. ENVÍO DE PÓLIZA Y COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones (incluida la póliza y sus modificaciones)

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.

<b>Firma del Representante de Crecer Seguros</b>	<b>Firma del Contratante</b>