

PÓLIZA No. XXX
“CRECE SEGURO”
CONDICIONES PARTICULARES
Código de Registro SBS No. XXX

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante La Compañía, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

1. DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de Persona Jurídica)

Razón social	
Tipo de documento	
Nº documento	
Giro del negocio	
Dirección	
Referencia	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	

2. DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de Persona Natural o representante legal para contratante Persona Jurídica)

Nombres y Apellidos	
Tipo de documento	
Nº documento	
Residente en el Perú	
Fecha nacimiento	
Sexo	
Estado civil	
Nacionalidad	
Dirección	
Referencia	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
Correo personal	
Correo laboral	

3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (en caso sea persona distinta al Contratante)

Nombres y Apellidos	
Tipo de documento	
Nº documento	
Residente en el Perú	
Fecha nacimiento	

Sexo	
Estado civil	
Nacionalidad	
Dirección	
Referencia	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
Correo personal	
Correo laboral	

4. DATOS DE LA PÓLIZA CRECE SEGURO

Tipo de Plan	
Inicio de vigencia de la Póliza	
Fin de vigencia de la Póliza	
Moneda del Pago	
Factor de Ajuste del Pago	
Monto del Pago	
Periodicidad del Pago	
Fecha de Devengue Base	
Diferimiento (meses)	
Años del Plan Temporal	
Inicio del Pago	
Fin del Pago	

5. PRIMA COMERCIAL ÚNICA:

Moneda de la prima	XXX
Monto:	XXX
Tasa de venta (*)	XXX

IGV: XXX (Solo en caso corresponda, el IGV solo aplica a personas jurídicas).

(*) Tasa de interés para calcular el valor presente del flujo esperado de las rentas o pasivos que presenta la póliza.

Composición de la Prima Única

Componente de ahorro	Monto o porcentaje
Prima del Período Garantizado	XXX
Prima de la Devolución de prima	XXX

Componente del Seguro (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
Coberturas Principales y otros gastos	XXX

XXX	XXX
-----	-----

Prima Única por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)

	Monto o porcentaje
Período garantizado	XXX
Devolución de Primas	XXX
XXX	XXX

La prima incluye los siguientes cargos (*):

Descripción general	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
Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (*)	XXX

(*) Se indicará solo en caso de corresponder.

Forma y Lugar de Pago: XXX

Oportunidad de Pago: XXX

6. COBERTURA DE SEPELIO:

Moneda de Sepelio	
Monto de Sepelio	
Fin de vigencia de Sepelio	

7. COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS (A solicitud del Contratante de manera opcional)

Moneda del Capital de Fallecimiento	
Capital por Fallecimiento	

Moneda del Capital del Supervivencia	
Capital de Supervivencia	

Nº Meses Periodo Garantizado (PG)	
Inicio de vigencia Periodo Garantizado	

Fin de Vigencia Periodo Garantizado	
Tasa de descuento de pago adelantado el Saldo de Periodo Garantizado	
Nº máximo de préstamos del Periodo Garantizado	
Monto de devolución de primas	
Fecha contratada para la devolución de primas	
Inicio vigencia Doble Pago	
Fin vigencia Doble Pago	
Condición Especial de Rescate	
Plazo mínimo para solicitar rescate (meses)	(solo si Condición Especial de Rescate: Sí)
Factor por rescate anticipado	(solo si Condición Especial de Rescate: Sí)
Gratificación Semestral	
Pago Supervivencia a Beneficiarios	

8. BENEFICIARIOS DE COBERTURAS/CLÁUSULAS ADICIONALES

Apellidos y Nombres	Documento identidad	Parentesco (Cuando corresponda)	Fecha de nacimiento	Sexo	% Beneficio

9. BENEFICIARIOS ESPECIALES DE COBERTURA: PAGO DE BENEFICIARIOS

Se consideran como tales a los Herederos Legales (en caso no se haya registrado beneficiarios)

Apellidos y Nombres	Documento identidad	Parentesco (Cuando corresponda)	Fecha de nacimiento	Sexo	% Beneficio	Tipo de pago	Fecha Max. Pago	Tipo de Riesgo

10. ENVIO DE LIQUIDACIONES DE PAGO:

La “Compañía” enviará mensualmente al Contratante/Titular una Liquidación de Pago de la renta, que se abonó en la cuenta del banco indicada por el mismo, vía correo electrónico. En el caso, se requiera una copia adicional puede solicitarla a la Central de Atención al Cliente 417-4400 o desde provincias 0801-17440

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolver sin expresión de causa y de forma unilateral.

La “Compañía” y el “Contratante” suscriben la presente póliza en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales- de ser el caso- que integren su Póliza.

San Isidro, FECHA

FIRMA CONTRATANTE(**)

FIRMA COMPAÑÍA DE
SEGUROS

FIRMA COMPAÑÍA DE
SEGUROS

DNI:

Fecha:

(**) El contratante declara haber recibido las condiciones particulares y generales de su Póliza de seguros

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: XXX

TOTAL PATRIMONIO: XXXX

Inscrito en la Partica No. XXXXX del Registro de Personas Jurídicas de Lima.