

**MICROSEGURO DE HOSPITALIZACIÓN  
POR ACCIDENTE**

**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>	
<b>Correo electrónico</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>	

### 5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

<b>N° Póliza</b>	XXXXX
<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 23:59 horas del XX/XX/XXXX"
<b>Renovación</b>	XXXXX

#### 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

Cobertura	Suma asegurada	Condiciones
<b>Hospitalización por Accidente</b>	<b>Suma asegurada: XXX</b>	<b>Periodo de carencia: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b> <b>Número máximo de eventos cubiertos: XXX</b> <b>Plazo mínimo de hospitalización para aplicar la cobertura: X días.</b>
<b>Muerte Accidental</b>	<b>Suma asegurada: XXX</b>	<b>Periodo de carencia: XXX</b>
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	<b>Suma asegurada: XXX</b>	<b>Periodo de carencia: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b> <b>Número máximo de eventos cubiertos: XXX</b>

Asistencia	Condiciones
XXXX	XXX

Manual de asistencias: Se encuentra detallado en la Solicitud-certificado.

#### 8. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

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

#### 9. BENEFICIARIO

Cobertura	Beneficiario
<b>Hospitalización por Accidente</b>	El asegurado
<b>Muerte Accidental</b>	El señalado en la Solicitud-Certificado
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	El Asegurado

**10. PRIMA**

	Plan X	Plan XX	Plan XXX	Plan XXXX
<b>PRIMA COMERCIAL</b>	XXX			
<b>PRIMA COMERCIAL + IGV</b>	XXX			

**La prima incluye:**

	<b>Monto</b>
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

**Distribución de la prima comercial por coberturas:**

<b>Coberturas Principales</b>	<b>Monto o porcentaje</b>
XXX	XXX

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

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XXX, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa.

## 11. COMUNICACIONES

De igual forma, EL CONTRATANTE otorga su consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, esta póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones o sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en numerales anteriores, y declara conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de póliza electrónica:

1. La póliza podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
2. La integridad y autenticidad de la Póliza se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, el CONTRATANTE declara su aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Microseguro que contrató por medio de este documento.



El Contratante declara haber recibido y/o tomado conocimiento de las condiciones generales de la presente póliza, las mismas que se encuentran a su disposición en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)

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