

**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

Razón social	Creceer 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@creceerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Comisiones por comercialización	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Número de registro oficial	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	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 23:59 horas del XX/XX/XXXX"
Renovación	XXXXX

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

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

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	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Eventos: XXX Deducible: XXX Beneficiario: XXX

9. BENEFICIARIO

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

10. PRIMA

	Plan X	Plan XX	Plan XXX	Plan XXXX
PRIMA COMERCIAL	XXX			
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX			

La prima incluye:

	Monto
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:

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

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.crecerseguros.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@crecerseguros.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

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante