

**SEGURO DE INVALIDEZ POR
ACCIDENTES
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

Razón social	Crecer 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@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Tipo de documento de identidad	
Número de documento de Identidad	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre	
Tipo y N° de Documento de Identidad	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
----------------------------	--

Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Número de registro oficial	

6. 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	XXXX
Fin de Vigencia	XXXX
Renovación	XXX

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
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO incurra en un supuesto de Invalidez Total y Permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO, como consecuencia de un accidente de tránsito, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 	<p>Suma asegurada: XXX</p> <p>Periodo de carencia: XXX</p> <p>Deducible: XXX</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez deberá estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La invalidez también puede estar sustentada en un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que evidencia un accidente de tránsito), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".</p> <p>Asimismo, se entenderá como accidente de tránsito todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las Condiciones Generales.</p> <p>Se cubre la Invalidez Total Permanente acaecida durante la vigencia de la presente póliza y que se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente de tránsito.</p> <p>En caso el accidente se produzca en transporte público, a efectos de acceder a la cobertura, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros.</p>	
--	---	--

9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
XXX		Suma Asegurada: XXX

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

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	<ul style="list-style-type: none"> XXX 	<ul style="list-style-type: none"> XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

11. BENEFICIARIO

Cobertura Principal	Beneficiario
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	EL ASEGURADO
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

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 los indicados 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.

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 Crecer Seguros.

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Contratante