

**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

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <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</b> |  |
| <b>Domicilio</b>                        |  |
| <b>Distrito</b>                         |  |
| <b>Provincia</b>                        |  |
| <b>Departamento</b>                     |  |
| <b>Correo electrónico</b>               |  |

### 4. DATOS DEL ASEGURADO

|  |  |
|--|--|
| <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**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Nombre del corredor        |  |
| Domicilio                  |  |
| Distrito                   |  |
| Provincia                  |  |
| Departamento               |  |
| Número de registro oficial |  |

**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  |
|---|---|---|
| <b>Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito</b> | <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 <b>accidente de tránsito</b>, 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"> <li>Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> </ol> | <p><b>Suma asegurada:</b><br/>XXX</p> <p><b>Periodo de carencia:</b><br/>XXX</p> <p><b>Deducible:</b><br/>XXX</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> <li>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</li> <li>6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</li> <li>7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</li> </ol> <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 <b>accidente de tránsito</b> todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las Condiciones Generales.</p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> |  |
|--|---|--|

**9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA**

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

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | <b>Monto o Porcentaje</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

**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.

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