



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633  
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú  
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440  
gestionalcliente@crecerseguros.pe

# CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO



**CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO**

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 N° 310, 2do piso.
<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 CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

<b>Razón social</b>	
<b>RUC</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

**3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS**

<b>N° Póliza</b>	
<b>Ramo</b>	Desgravamen.
<b>Moneda</b>	Nuevos Soles / Dólares Americanos.
<b>Inicio de Vigencia de la póliza</b>	Desde las 00:00 horas del día XX/XX/XXX.
<b>Fin de Vigencia de la póliza</b>	Hasta las 23:59 horas del día XX/XX/XXXX
<b>Deducible, Franquicias</b>	Ninguno.
<b>Periodo de Carencia</b>	<b>Ninguno.</b>

La vigencia del Certificado y Solicitud-Certificado se indicará en dichos documentos.

**4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS**

<b>Corredor</b>	
<b>Código</b>	
<b>Comisión</b>	

**5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

<b>Asegurado</b>	Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito)
------------------	--

	asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.
<b>Beneficiario</b>	La Entidad Financiera que otorga el crédito.
<b>Beneficiario(s) adicional(es)</b>	Ninguno.

## 6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Para los créditos: XXXX	
<b>Edad mínima de ingreso</b>	XXX
<b>Edad máxima de ingreso</b>	XXX
<b>Edad máxima de permanencia</b>	XXXX

En función del monto del crédito solicitado y de las edades del solicitante y demás ASEGURADOS, LA COMPAÑÍA directamente o a través del COMERCIALIZADOR pedirá una Declaración Personal de Salud (DPS). Contar con la DPS correctamente llenada y firmada es parte del proceso de evaluación para el otorgamiento del seguro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar exámenes médicos para completar su evaluación. En caso de que se requiera exámenes médicos, éstos deberán efectuarse en los laboratorios o instituciones de salud indicados por Creceer Seguros.

## 7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura <sup>1</sup>	Suma Asegurada
Muerte natural	Saldo no pagado (saldo insoluto) de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del evento asegurado, sin considerar intereses, moras, comisiones ni gastos.
Muerte accidental	
Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad	
Invalidez total permanente (ITP) por accidente	Monto Máximo: XXXX

<sup>1</sup> Las coberturas son excluyentes; es decir, que sólo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza. Su detalle se encuentra en las Condiciones Generales de la presente Póliza.

## 8. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS (Se señalará solo las que han sido contratadas en la Póliza)

Aplican Cláusulas Adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito y el Asegurado haya manifestado su conformidad para contratarlas en su Solicitud o Solicitud-Certificado, según corresponda. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
<xxx>	<xxx>	Suma asegurada: xxx <b>Periodo de Carencia: xxx</b> Deducible: xxx Beneficiario: xxx Otras condiciones dependiendo de la cláusula contratada:  XXX

## 9. PRIMA

### Prima comercial:

La prima comercial se expresa en un monto (US\$ o S/.) o en términos de tasa porcentual (%), denominada *Tasa prima mensual*.

En caso la prima comercial, se exprese en monto, el asegurado deberá pagar el día del vencimiento de cada cuota del crédito, el monto detallado en la tabla adjunta.

En caso la prima comercial se exprese en términos de tasa porcentual (%), denominada *Tasa prima mensual*. El asegurado deberá pagar el día del vencimiento de cada cuota del crédito, el siguiente monto: *Tasa prima mensual* multiplicada por el saldo insoluto del capital a la fecha de cobro. La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta, según el producto crediticio. Según la condición de salud específica de EL ASEGURADO, la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

En ambos casos, en el cronograma de pagos del crédito se encuentra la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo tal y como se señala en el Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro.

Asimismo, se diferenciará el valor de la prima por las coberturas principales y el valor de prima, en caso el ASEGURADO, acepte contratar las cláusulas adicionales contratadas por el CONTRATANTE.

Tipo de crédito	XXX Asegurado titular	XXX Asegurado titular y adicional
-----------------	--------------------------	--------------------------------------

<XXXX>	XXX	YYY	XXX	YYY
<XXXX>				

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

<b>La prima comercial incluye:</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

**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 Contratante)</b>	<b>Monto o porcentaje</b>
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

**Frecuencia, lugar y forma de pago:** Según lo indicado en el cronograma de pagos del crédito y en los otros documentos contractuales del crédito. Los pagos de la cuota mensual efectuados por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR serán considerados como pagados a Creceer Seguros.

**Gastos administrativos: XXX**

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.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe)



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633  
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú  
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440  
gestionalcliente@crecerseguros.pe

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