



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

Razón social	Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre N° 310, 2do piso.
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@creceersegueros.pe

2. DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

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

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

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Código	
Comisión	

5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurado	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.
Beneficiario	La Entidad Financiera que otorga el crédito.
Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Para los créditos: XXXX	
Edad mínima de ingreso	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	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 ¹	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

¹ 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.

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.

La prima comercial incluye:	
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:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el Contratante)	Monto o porcentaje
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.creceseguros.pe

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Contratante