



Crecer
Seguros

Más simple, más cerca

Viaja protegido con Crecer Seguros

Nuestro nuevo **Seguro de Viajes** busca brindar tranquilidad, seguridad y confianza a todos los viajeros.



***Revisa las condiciones de tu póliza contratada**

SEGURO DE VIAJES



SEGURO DE VIAJES – CÓDIGO SBS N°AE1786100017

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 o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL ASEGURADO (Completa solo en caso sea persona distinta a EL CONTRATANTE)

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	
Comisión	

6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	61. Accidentes personales
Moneda	Soles
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
Inicio de Vigencia	XXX
Fin de Vigencia	XXX
Renovación	No aplica

7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Edad mínima de ingreso	18 años
Edad máxima de ingreso	74 años
Edad máxima de permanencia	74 años y 90 días.

8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido este último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera muerte accidental el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de 90 días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica

9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
No aplica	No aplica	Suma Asegurada: No aplica Periodo de carencia: No Aplica Deducible: No Aplica

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
Monto máximo global		-
Asistencia Médica por Accidente o Enfermedad		
Asistencia Médica por Enfermedad preexistente		
Asistencia Médica por Covid-19		
Repatriación funeraria		
Médico virtual		
Asistencia por deportes amateur		
Medicamentos recetados		
Emergencia dental		
Traslado y/o repatriación médica		
Cancelación de viaje contratado		
Sustitución de Ejecutivo		
Compensación por pérdida de equipaje en línea aérea comercial		
Indemnización por vuelo demorado o cancelado		
Compensación por rotura de equipaje		
Gastos de hotel por convalecencia		
Compensación por demora en devolución de equipaje		
Transmisión de mensajes urgentes		
Asistencia legal por accidentes de tránsito		
Orientación en caso de extravío de documentos / equipajes		
Regreso anticipado en caso de siniestro grave en domicilio		
Acompañamiento de menores		
Línea de consultas 24 hrs		
Transferencias de fondos		
Transferencias de fondos para fianza legal		
Asistencia psicológica		
Seguimiento de viaje / crucero		
Servicio concierge		
Traslado de familiar por hospitalización		

Asistencia	Condiciones	Eventos
Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1er Grado		
Manual de uso de Asistencias: - El manual se encuentra adjunto a esta póliza. - Para el uso de las asistencias se tiene un monto máximo global por los servicios o beneficios, que corresponde al tope máximo que se le otorgará al asegurado por la totalidad de asistencias o beneficios prestados durante la vigencia del seguro. Asimismo, cada asistencia o servicio tiene un sublímite que se indica en las condiciones detalladas previamente.		

11. BENEFICIARIO

Cobertura Principal	Beneficiario
Muerte Accidental	Herederos Legales
Coberturas Adicionales	Beneficiario
No aplica	No aplica

12. PRIMA

	Plan X
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX

	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	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XXX

Frecuencia de pago: pago único

Lugar y forma de pago: pago único adelantado través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad elegida por el Contratante.

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): no aplica

Gastos administrativos: no aplica

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
Muerte accidental	100%

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)
Monto o porcentaje

No aplica	No aplica
-----------	-----------

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 Creceer Seguros.

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 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.

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Contratante