

**MICROSEGURO  
CRECE PROTEGIDO  
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>	

### 3. DATOS DEL CONTRATANTE

<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>	

### 4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

<b>Nombre del corredor</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Número de registro oficial</b>	
<b>Comisión</b>	

### 5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

<b>N° Póliza</b>	XXXXX
<b>Ramo</b>	72. Vida Grupo Particular
<b>Moneda</b>	XXX
<b>Fecha de emisión de la póliza</b>	XX/XX/XXXX
<b>Inicio de Vigencia</b>	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX
<b>Fin de Vigencia</b>	Hasta las 24:00 horas del XX/XX/XXXX
<b>Renovación</b>	xxxxx

## 6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Edad mínima de ingreso	"X"
Edad máxima de ingreso	"X"
Edad máxima de permanencia	"X"

## 7. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas	Condiciones			
	Plan 1		Plan 2	
	Titular	Titular + Adicional	Titular	Titular + Adicional
<b>Muerte Natural</b>	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX			
<b>Muerte Accidental</b>	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX			

## 8. BENEFICIARIO

Coberturas Principales	Beneficiario
Muerte Natural	El indicado en la Solicitud-Certificado
Muerte Accidental	El indicado en la Solicitud-Certificado

## 9. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Participación del beneficiario en actos ilegales que constituyan delito relacionado o que haya causado el siniestro de EL ASEGURADO.
- Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
- Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.

g) Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (solo para coberturas de invalidez total y permanente, cuando corresponda).

## 10. PRIMA

	Plan 1		Plan 2	
	Titular	Titular + Adicional	Titular	Titular + Adicional
<b>PRIMA COMERCIAL</b>	XXX	XXX	XXX	XXX
<b>PRIMA COMERCIAL + IGV</b>	XXX	XXX	XXX	XXX

	Monto o Porcentaje
Cargos de agenciamiento 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

La comisión por comercializadores/corredores de seguros/promotores de seguros, forma parte de la prima comercial

**Frecuencia de pago:** "XXX"

**Lugar y forma de pago:** "XXX"

## 11. ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Microseguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la póliza:

1. Cuando CRECER SEGUROS se refiera a la Póliza de Microseguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. La Póliza de Microseguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Microseguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Microseguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.

7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca y Seguros.

LA COMPAÑÍA podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del CONTRATANTE, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión de la Póliza de Microseguro que he contratado.

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