CONDICIONES PARTICULARES
CRECE EMPRENDEDOR

Crecer Seguros

Más simple, más cerca

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 – CRECE EMPRENDEDOR

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. Paseo de la República 6010, Piso 12.
Distrito	Miraflores.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.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	XXXX
Ramo	Seguro de vida/Sepelio de corto plazo.
Moneda	XXXX
Vigencia	XXXX
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX
Fin de Vigencia	Hasta las 23:59 horas del XX/XX/XXXX

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

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Código	
Comisión	

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

5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurado	Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se han declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.
Beneficiario	El asegurado por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)	Los herederos legales del asegurado o tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte accidental y muerte natural.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Edad mínima de ingreso	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXX

Esta Póliza no requiere Declaración Personal de Salud (DPS).

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	**Suma Asegurada (Beneficios)[1]**	
	PLAN X	**PLAN XX**
Muerte (natural o accidental)	**Servicio de sepelio[2].**	**Servicio de sepelio[2].**
Incapacidad total temporal por accidente[3]	**Renta diaria hospitalaria[4]:** XXX diarios, máximo XXX días.	**Renta diaria hospitalaria[4]:** XXX diarios, máximo XXX días.
	Renta mensual por descanso no hospitalario[5]: Hasta X rentas de XXX cada una.	**Renta mensual por descanso no hospitalario[5]:** Hasta X rentas de XXX cada una.

[1]La compañía solo otorgará X beneficio(s) por asegurado.
[2]El servicio de sepelio se otorgará, hasta un límite de XXX, a través de la empresa especializada que Crecer Seguros indicará. Este servicio incluye: trámites de sepelio, ataúd de madera, capilla ardiente, traslado, conducción e instalación del servicio y nicho o cremación. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sub límite de XXX.
[3]La cobertura de incapacidad total es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una Invalidez total permanente, ésta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.
Cualquiera sea la clase de incapacidad total (permanente o temporal) ésta debe de ser producto de un accidente que sea certificado y requiera de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación.
[4]La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.
[5]La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de 30 días cumplidos y no por fracciones de mes.

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

8. DEDUCIBLES Y PERIODOS DE CARENCIA

Cobertura	Beneficios	Deducible	Periodo de carencia
Muerte (natural o accidental)	Servicio de Sepelio.	Ninguno.	XXX
Incapacidad total temporal por accidente	Renta diaria hospitalaria.	XXX	XXX
	Renta mensual por descanso no hospitalario.	XXX	XXX

9. PRIMA

Prima comercial:

	Prima comercial
PLAN 1	XXX
PLAN 2	XXX

La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.	

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.

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

10. COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado en este documento. 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 CONTRATANTE y/o con El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según

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

corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a su solicitud.
El CONTRATANTE deja expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través de los medios de comunicación indicados en este documento.

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la póliza electrónica:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, 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 Seguro 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, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la póliza electrónica. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros regulatorios establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar el envío y recepción del correo electrónico.

4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
5. Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir 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, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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, Seguros y AFP.
La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO, 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 del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

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

XX/XX/XXXX

Firma del Representante de Crecer Seguros	**Firma del Contratante**