

# CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE ACCIDENTES



## CONDICIONES PARTICULARES – XXX

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 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>	Accidentes Personales
<b>Moneda</b>	XXX
<b>Vigencia</b>	XXX
<b>Inicio de Vigencia</b>	XXX
<b>Fin de Vigencia</b>	Hasta las 24:00 horas del día de fin de vigencia. XXX

### 4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

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

## DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

<b>Asegurado</b>	Persona Natural cuya vida e integridad física se asegura en virtud de la presente póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en esta póliza y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud – Certificado, Solicitud o Certificado de seguro, según corresponda
<b>Beneficiario</b>	El indicado en la Solicitud-Certificado o Certificado de seguro

## 5. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

<b>Edad mínima de ingreso</b>	XXX
<b>Edad máxima de ingreso</b>	XXX
<b>Edad máxima de permanencia</b>	XXXX

## 6. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Condiciones	
	PLAN X	PLAN Z
<p><b>Muerte Accidental</b></p> <p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en estas Condiciones Particulares cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa e inmediata de un <b>Accidente</b>, según la definición establecida en este documento.</p> <p><b>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 XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suma asegurada: XXX</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suma asegurada: XXX</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>

**Accidente:** Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

## 7. ASISTENCIAS:

Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

Asistencia	Condiciones	Eventos
XXX	• XXX	• XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

## 8. PRIMA

	Condiciones	
	PLAN X	PLAN Z
Prima comercial		
Prima comercial + IGV		
Frecuencia de pago		
Lugar y forma de pago		

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

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): XXX  
Gastos administrativos: XXX

## 9. 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 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, EL CONTRATANTE otorga su consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones y futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que se ha consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declara 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 podrá visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándolo a la parte privada de la web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Firma Digital, y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
5. El uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir su clave y debe 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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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.

XX/XX/XXXX

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