

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: (En caso corresponda)

Nombre o Razón social	X
Documento de Identidad o RUC	X
Domicilio	X
Distrito	X
Provincia	X
Departamento	X
Correo electrónico	X

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	X
Tipo de documento de identidad	X
Número de documento de Identidad	X
Domicilio	X
Distrito	X
Provincia	X
Departamento	X
Correo electrónico	X

4. DATOS DEL ASEGURADO: (Si es diferente al CONTRATANTE)

Nombre	X
Fecha de Nacimiento	
Tipo y N° de Documento de Identidad	X
Domicilio	X
Distrito	X
Provincia	X
Departamento	X
Correo electrónico	X

5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	X
Domicilio	X
Distrito	X
Provincia	X
Departamento	X
Número de registro oficial	X

6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	XXX
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
Inicio de Vigencia	XXXX
Fin de Vigencia	XXXX
Renovación	XXX

7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado como Suma Asegurada, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa e inmediata de:

Coberturas	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Natural	Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX
Muerte Accidental	Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente (según definición artículo 1), que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. 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 dentro del periodo de XXX días calendarios siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
XXX		Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Eventos: XXX
XXX		Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Eventos: XXX

SI SE CONTRATÓ, LA COBERTURA DE SOBREVIVENCIA, SE DETALLA EL PORCENTAJE DE RETORNO SOBRE LA PRIMA NETA DE IGV.

Fecha de Terminación de la Póliza	Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV
Del XXXXX al XXXXX año de la póliza	XX.XX%
Del XXXXX al XXXXX año de la póliza	XX.XX%
Del XXXXX al XXXXX año de la póliza	XX.XX%
Del XXXXX al XXXXX año de la póliza	XX.XX%
Del XXXXX al XXXXX año de la póliza	XX.XX%
Al finalizar la vigencia de la póliza	XX.XX%

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
	• XXX	• XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

11. BENEFICIARIO

Cobertura	Beneficiario
Muerte Natural o Accidental	Los BENEFICIARIOS nombrados en la póliza, de no haber BENEFICIARIOS nombrados, serán los de ley y/o la entidad financiera en caso la póliza se encuentre endosada
Coberturas Adicionales	Beneficiario
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

12. PRIMA

	Plan X
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV*	XXX

La prima incluye:

	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	XXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XXX

*La prima no incluye IGV, salvo que el Contratante sea Persona Jurídica. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de prima. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato por falta de pago de las cuotas de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del

Contrato del Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato quedará extinguido.

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

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

Gastos administrativos: XXX

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

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

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 Crecer Seguros	Firma del Contratante