

**MICROSEGURO
CRECE PROTEGIDO
CONDICIONES PARTICULARES**



CONDICIONES PARTICULARES
Código SBS N° 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

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	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

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

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Número de registro oficial	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	72. Vida Grupo Particular
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/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
Renovación	XXXX

La fecha de inicio y fin de vigencia de las solicitudes-certificados se detallará en cada uno de esos documentos.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

7. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas	Condiciones			
	Plan X		Plan Y	
	Titular	Titular + Adicional	Titular	Titular + Adicional
Muerte Natural	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX			
Muerte Accidental	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX			

8. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
XXXX	XXXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Beneficiario: XXX Otras condiciones: XXX

9. BENEFICIARIO

Coberturas Principales	Beneficiario
------------------------	--------------

Muerte Natural	El indicado en la Solicitud-Certificado
Muerte Accidental	El indicado en la Solicitud-Certificado

10. ASISTENCIAS*:

Asistencia	Condiciones	Eventos
Manual de asistencias:		
XXX		

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

11. PRIMA

	Plan 1		Plan 2	
	Titular	Titular + Adicional	Titular	Titular + Adicional
PRIMA COMERCIAL	XXX	XXX	XXX	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX	XXX	XXX	XXX

La prima incluye:

	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y números 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

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

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

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

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comuniquen de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

11. ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS:

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, esta póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafos anteriores, y declara conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de póliza electrónica: 1.

Quando 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, 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, 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.

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.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante