

**CONDICIONES PARTICULARES
FAMILIA PROTEGIDA
CÓDIGO SBS**

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	XXX
Documento de Identidad o RUC	XXX
Domicilio	XXX
Distrito	XXX
Provincia	XXX
Departamento	XXX

3. DATOS DEL CONTRATANTE

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

4. DATOS DEL CORREDOR

Nombre del Corredor	XXX
Domicilio	XXX
Distrito	XXX
Provincia	XXX
Departamento	XXX

Número de registro oficial	XXX

DATOS DEL MICROSEGURO La fecha de inicio y fin de vigencia de las solicitudes-

N° Póliza	XXX
Ramo	72. Vida Grupo Particular
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XXX
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXX
Fin de Vigencia	Hasta las 23:59 horas del XX/XX/XXX
Renovación	XXX

certificados se detallará en cada uno de esos documentos.

5. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Asegurado	XXX
Edad mínima de ingreso	XX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXX

6. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma asegurada	Condiciones
Muerte Natural	XXX	Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

7. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS (Se señalará solo las que han sido contratadas en la Póliza)

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

8. BENEFICIARIO

Coberturas Principales	Beneficiario
Muerte Natural	El indicado en la Solicitud-Certificado, o en su defecto, sus herederos legales.
Los beneficios de las coberturas adicionales contratadas serán los indicados en la Solicitud-Certificado del Microseguro.	

9. ASISTENCIAS*:

Asistencia	Condiciones	Eventos
Manual de asistencias:		
XXX		

10. PRIMA

PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	S/ XXX

	Monto o Porcentaje
Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXXX
Cargos por la contratación de promotores de seguros.	XXXX
Cargos por la contratación de comercializadores.	XXXX

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: La prima esta expresada en valor diario.

Lugar y forma de pago: xxx

11. ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA Y 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, 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. La póliza 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.crecersegueros.pedonde se incluirá las instrucciones para acceder a la póliza.
2. La integridad y autenticidad de la Póliza se acreditará a través de una firma digital y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiende que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad Para evitar este riesgo, no debe 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 su 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, el CONTRATANTE declara su aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Microseguro que solicitó por medio de este documento.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante