

**CRECE SEGURO
CONDICIONES PARTICULARES O
ESPECÍFICAS**



PÓLIZA No. XXX
“CRECE SEGURO”
CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS
Código de Registro SBS No. XXX

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante La Compañía, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

1. DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de Persona Jurídica)

Razón social	
Tipo de documento	
Nº documento	
Giro del negocio	
Dirección	
Referencia	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	

2. DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de Persona Natural o representante legal para contratante Persona Jurídica)

Nombres y Apellidos	
Tipo de documento	
Nº documento	
Residente en el Perú	
Fecha nacimiento	
Sexo	
Estado civil	
Nacionalidad	
Dirección	
Referencia	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
Correo personal	
Correo laboral	

3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (en caso sea persona distinta al Contratante)

Nombres y Apellidos	
Tipo de documento	
Nº documento	
Residente en el Perú	
Fecha nacimiento	
Sexo	
Estado civil	
Nacionalidad	
Dirección	
Referencia	

Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
Correo personal	
Correo laboral	

4. DATOS DE LA PÓLIZA CRECE SEGURO

Ramo	
Tipo de Plan	
Inicio de vigencia de la Póliza	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX
Fin de vigencia de la Póliza	Hasta las 23:59 horas del XX/XX/XXXX
Moneda del Pago	
Factor de Ajuste del Pago	
Monto del Pago	
Periodicidad del Pago	
Fecha de Devengue Base	
Diferimiento (meses)	
Años del Plan Temporal	
Inicio del Pago	
Fin del Pago	
Renovación	

5. PRIMA COMERCIAL ÚNICA:

Moneda de la prima	XXX
Monto:	XXX
Tasa de venta (*)	XXX

IGV: XXX (Solo en caso corresponda, el IGV solo aplica a personas jurídicas).

(*) Tasa de interés para calcular el valor presente del flujo esperado de las rentas o pasivos que presenta la póliza.

Composición de la Prima Única

Componente de ahorro	Monto o porcentaje
Prima del Período Garantizado	XXX
Prima de la Devolución de prima	XXX

Componente del Seguro (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
Coberturas Principales y otros gastos	XXX
XXX	XXX

Prima Única por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
Período garantizado	XXX
Devolución de Primas	XXX
XXX	XXX

La prima incluye los siguientes cargos (*):

Descripción general	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
Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (*)	XXX

(*) Se indicará solo en caso de corresponder.

Forma y Lugar de Pago: XXX

Oportunidad de Pago: XXX

6. COBERTURA DE SEPELIO:

Moneda de Sepelio	
Monto de Sepelio	
Fin de vigencia de Sepelio	

7. COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS (A solicitud del Contratante de manera opcional)

Moneda del Capital de Fallecimiento	
Capital por Fallecimiento	

Moneda del Capital del Supervivencia	
Capital de Supervivencia	

Nº Meses Periodo Garantizado (PG)	
Inicio de vigencia Periodo Garantizado	
Fin de Vigencia Periodo Garantizado	
Tasa de descuento de pago adelantado el Saldo de Periodo Garantizado	
Nº máximo de préstamos del Periodo Garantizado	

Monto de devolución de primas	
Fecha contratada para la devolución de primas	

Inicio vigencia Doble Pago	
Fin vigencia Doble Pago	

Condición Especial de Rescate	
Plazo mínimo para solicitar rescate (meses)	(solo si Condición Especial de Rescate: Sí)
Factor por rescate anticipado	(solo si Condición Especial de Rescate: Sí)

Gratificación Semestral	
Pago Supervivencia a Beneficiarios	

8. BENEFICIARIOS DE COBERTURAS/CLÁUSULAS ADICIONALES

Apellidos y Nombres	Documento identidad	Parentesco (Cuando corresponda)	Fecha de nacimiento	Sexo	% Beneficio

9. BENEFICIARIOS ESPECIALES DE COBERTURA: PAGO DE BENEFICIARIOS

Se consideran como tales a los Herederos Legales (en caso no se haya registrado beneficiarios)

Apellidos y Nombres	Documento identidad	Parentesco (Cuando corresponda)	Fecha de nacimiento	Sexo	% Beneficio	Tipo de pago	Fecha Max. Pago	Tipo de Riesgo

--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. ENVIO DE LIQUIDACIONES DE PAGO:

La “Compañía” enviará mensualmente al Contratante/Titular una Liquidación de Pago de la renta, que se abonó en la cuenta del banco indicada por el mismo, vía correo electrónico. En el caso, se requiera una copia adicional puede solicitarla a la Central de Atención al Cliente 417-4400 o desde provincias 0801-17440

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolver sin expresión de causa y de forma unilateral.

La “Compañía” y el “Contratante” suscriben la presente póliza en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales- de ser el caso- que integren su Póliza.

11. CANALES DE COMUNICACIÓN PACTADOS

Ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirle las comunicaciones será el mismo consignado en este documento.

Asimismo, declara 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 de Seguro y todas las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en el párrafo anterior, y declara conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de 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.
2. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) incluyendo un link donde podrá visualizar la Póliza de Seguro en forma digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándolo a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear su usuario y contraseña

para el ingreso. Estas formas de envío tienen como ventajas que son inmediatas, seguras y eficientes.

3. El uso indebido de la clave de 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 de EL 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, declara la aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato del Seguro que ha contratado por medio de este documento.

San Isidro, FECHA

FIRMA CONTRATANTE(**)

FIRMA COMPAÑÍA DE
SEGUROS

FIRMA COMPAÑÍA DE
SEGUROS

DNI:

Fecha:

(**) El contratante declara haber recibido las condiciones particulares y generales de su Póliza de seguros

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: XXX

TOTAL PATRIMONIO: XXXX

Inscrito en la Partica No. XXXXX del Registro de Personas Jurídicas de Lima.