

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES  
CONDICIONES PARTICULARES**



**CONDICIONES PARTICULARES– SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Creceer 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>	Creceer 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@creceersegueros.pe

**2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR**

<b>Nombre o Razón social</b>	
<b>Documento de Identidad o RUC</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

**3. DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>Nombre o Razón social</b>	
<b>Tipo de documento de identidad</b>	
<b>Número de documento de Identidad o RUC</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

**4. DATOS DEL ASEGURADO (Completa solo en caso sea persona distinta a EL CONTRATANTE)**

<b>Nombre</b>	
<b>Tipo y N° de Documento de Identidad</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

**5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS**

<b>Nombre del corredor</b>	
<b>Domicilio</b>	

<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>Teléfono</b>	

## 6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

<b>N° Póliza</b>	XXXXX
<b>Ramo</b>	61. Accidentes personales
<b>Código SBS</b>	XXX
<b>Moneda</b>	XXX
<b>Fecha de emisión de la póliza</b>	XX/XX/XXXX
<b>Inicio de Vigencia</b>	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX
<b>Fin de Vigencia</b>	Hasta las 23:59 horas del XX/XX/XXXX
<b>Renovación</b>	XXXX

## 7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

<b>Edad mínima de ingreso</b>	"X"
<b>Edad máxima de ingreso</b>	"X"
<b>Edad máxima de permanencia</b>	"X"

## 8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

<b>Cobertura</b>	<b>Descripción</b>	<b>Suma Asegurada y Condiciones</b>
<b>Muerte Accidental</b>	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. <b>No se considera muerte accidental el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b></p> <p>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.</p>	<p><b>Suma asegurada:</b> XXX</p> <p><b>Periodo de carencia:</b> XXX</p> <p><b>Deducible:</b> XXX</p>

## 9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

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

## 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	• XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

## 11. BENEFICIARIO

Cobertura Principal	Beneficiario
Muerte Accidental	Los herederos legales o aquellos indicados en la Solicitud.
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

**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. CANALES DE COMUNICACIÓN PACTADOS:**

Ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir 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 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.

EL CONTRATANTE deja expresa la 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 de Seguro 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 del uso de los datos de contacto autorizados en párrafos anteriores, 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 de Seguro en formato digital PDF,  
(ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándolo a la parte privada de la web [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear su usuario y contraseña para el ingreso.
3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Póliza de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de

medios electrónicos mediante los parámetros regulatorios establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar 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 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](mailto: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 de Seguro que solicita por medio de este documento.

XX/XX/XXXX

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma de EL CONTRATANTE