

**MICROSEGURO
PROTECCIÓN FINANCIERA
CONDICIONES PARTICULARES**



CONDICIONES PARTICULARES

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

Razón social	Creceer 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@creceerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
N° de teléfono	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	
Número de registro oficial	
Comisión	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

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

(*) La vigencia de la Solicitud-Certificado se indicará en dicho documento.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Descripción del Asegurado	"X"
Edad mínima de ingreso	"X"
Edad máxima de ingreso	"X"
Edad máxima de permanencia	"X"

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Plan X	Plan XX
<p>LA COMPAÑÍA otorgará una indemnización equivalente a la suma asegurada determinada en este documento a EI ASEGURADO, cuando este sea diagnosticado de una de las siguientes enfermedades graves:</p> <p>Diagnóstico de enfermedades graves:</p> <p>a) Cáncer b) Infarto al miocardio (ataque al corazón) c) Insuficiencia renal crónica d) Coma</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Número máximo de eventos cubiertos: XXX</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Número máximo de eventos cubiertos: XXX</p>
<p>Incapacidad Total y Temporal (ITT) por accidente LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en este documento a EI ASEGURADO cuando este sufra una Incapacidad Total y Temporal por Accidente (ITT)</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Número máximo de eventos cubiertos: XXX Mínimo de días de hospitalización por accidente: XXX Descanso médico mínimo: XXX</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Número máximo de eventos cubiertos: XXX Mínimo de días de hospitalización por accidente: XXX Descanso médico mínimo: XXX</p>
<p>Muerte por accidente de tránsito LA COMPAÑÍA otorgará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO la suma asegurada determinada en este documento,</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX</p>	<p>Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX</p>

cuando este fallezca como consecuencia de un accidente de tránsito.		
---	--	--

8. BENEFICIARIO

Cobertura	Beneficiario
Diagnóstico de enfermedades graves	El señalado en la Solicitud-Certificado
Incapacidad Total y Temporal (ITT) por accidente	El señalado en la Solicitud-Certificado
Muerte por accidente de tránsito	El señalado en la Solicitud-Certificado

9. ASISTENCIAS*:

Asistencias	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.

10. PRIMA

	Plan x	Plan XX
PRIMA COMERCIAL	XXX	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX	XXX

	Plan X Monto o porcentaje	Plan XX Monto o porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXX	
Cargos por la comercialización a través de promotores de seguros.	XXX	
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador.	XXX	

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

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

Gastos Administrativos: XXX

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XXX, 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. 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. 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 comunique de forma previa.

11. FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES

XXX	XXX %
-----	-------

12. 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.

1. De igual forma, EL CONTRATANTE otorga su consentimiento para que, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, la presente Póliza y todas las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones, y sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha consignado en este documento, sin perjuicio, del uso de los datos de contacto autorizados en el párrafo anterior, y declara conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de póliza electrónica: 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.creceseguros.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 ventajas 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@creceseguros.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, el CONTRATANTE declara su aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Microseguro que contrató por medio de este documento.

El Contratante declara haber recibido y/o tomado conocimiento de las condiciones generales de la presente póliza, las mismas que se encuentran a su disposición en www.creceseguros.pe

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma de EL CONTRATANTE