

**CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS DEL MICROSEGURO
PROTECCIÓN TOTAL**

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

4. DATOS DEL CORREDOR

Nombre del Corredor	XXX
----------------------------	-----

Domicilio	XXX		
Distrito	XXX		
Provincia	XXX		
Departamento	XXX		
Número de registro oficial			
Correo electrónico		Teléfono	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXX
Código SBS	XXX
Ramo	81. Sepelio Corto Plazo
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/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

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	XXX
Edad mínima de ingreso	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXX

7. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma asegurada	Condiciones
Indemnización por Sepelio	XXX	Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

8. 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

Asistencia	Condiciones
XXX	XXX
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.	

9. BENEFICIARIO

Coberturas	Beneficiario
Indemnización por Sepelio	El indicado en la Solicitud-Certificado
En caso se contraten las coberturas adicionales, el Beneficiario, según corresponda, se indicará en la Solicitud-Certificado de Microseguro.	

10. PRIMA

	Titular
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	S/ XXX

	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	XXXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializado.	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: 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 comuniqué 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. 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, 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, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la póliza electrónica. 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, 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 su aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicita por medio de este documento.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante

