



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO



CONDICIONES PARTICULARES– SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

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 N° 310, 2do piso.
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	
Ramo	Desgravamen.
Código SBS	
Moneda	XXX
Inicio de Vigencia de la póliza	Desde las 00:00 horas del día XX/XX/XXX.
Fin de Vigencia de la póliza	Hasta las 23:59 horas del día XX/XX/XXXX
Deducible, Franquicias	XXX
Periodo de Carencia	XXX
Renovación	XXX

La vigencia del Certificado y Solicitud-Certificado se indicará en dichos documentos.

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Código	
Correo electrónico	
	Teléfono

5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurado	Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.
Beneficiario	La Entidad Financiera que otorga el crédito.

Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.
--------------------------------------	----------

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Para los créditos: XXXX	
Edad mínima de ingreso	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXXX

En función del monto del crédito solicitado y de las edades del solicitante y demás ASEGURADOS, LA COMPAÑÍA directamente o a través del COMERCIALIZADOR pedirá una Declaración Personal de Salud (DPS). Contar con la DPS correctamente llenada y firmada es parte del proceso de evaluación para el otorgamiento del seguro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar exámenes médicos para completar su evaluación. En caso de que se requiera exámenes médicos, éstos deberán efectuarse en los laboratorios o instituciones de salud indicados por Creceer Seguros.

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura ¹	Suma Asegurada
Muerte natural	Saldo no pagado (saldo insoluto) de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del evento asegurado, sin considerar intereses, moras, comisiones ni gastos.
Muerte accidental	
Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad	
Invalidez total permanente (ITP) por accidente	
	Monto Máximo: XXXX

¹ Las coberturas son excluyentes; es decir, que sólo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza. Su detalle se encuentra en las Condiciones Generales de la presente Póliza.

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

Aplican Cláusulas Adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito y el Asegurado haya manifestado su conformidad para contratarlas en su Solicitud o Solicitud-Certificado, según corresponda. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
<xxx>	<xxx>	Suma asegurada: xxx Periodo de Carencia: xxx Deducible: xxx Beneficiario: xxx Otras condiciones dependiendo de la cláusula contratada: XXX

9. PRIMA

Prima comercial:

La prima comercial se expresa en un monto (US\$ o S/.) o en términos de tasa porcentual (%), denominada *Tasa prima mensual*.

En caso la prima comercial, se exprese en monto, EL ASEGURADO deberá pagar el día del vencimiento de cada cuota del crédito, el monto detallado en la tabla adjunta.

En caso la prima comercial se exprese en términos de tasa porcentual (%), denominada *Tasa prima mensual*. EL ASEGURADO deberá pagar el día del vencimiento de cada cuota del crédito, el siguiente monto: *Tasa prima mensual* multiplicada por el saldo insoluto del capital a la fecha de cobro. La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta, según el producto creditico. Según la condición de salud específica de EL ASEGURADO, la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

En ambos casos, en el cronograma de pagos del crédito se encuentra la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo tal y como se señala en el Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro.

Asimismo, se diferenciará el valor de la prima por las coberturas principales y el valor de prima, en caso el ASEGURADO, acepte contratar las cláusulas adicionales contratadas por el CONTRATANTE.

Tipo de crédito	XXX Asegurado titular		XXX Asegurado titular y adicional	
	XXX	YYY	XXX	YYY
<XXXX>				

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

La prima comercial incluye:	
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

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): XXX

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el Contratante)	Monto o porcentaje
XXX	XXX
XXX	XXX

XXX

XXX

Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en el cronograma de pagos del crédito y en los otros documentos contractuales del crédito. Los pagos de la cuota mensual efectuados por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

Gastos administrativos: XXX

10. CANALES DE COMUNICACIÓN PACTADOS:

Ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirme 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, 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 el párrafo anterior, 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.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 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@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPAÑÍA



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

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.

Fecha de emisión: ___/___/___

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma de EL CONTRATANTE