

**CONDICIONES PARTICULARES
CRECE ESTUDIANDO**



CONDICIONES PARTICULARES – CRECE ESTUDIANDO
CÓDIGO SBS N° VI1787200007

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 CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	
Ramo	72. Vida Grupo Particular
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
Moneda	XXX
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del "XX/XX/XXXX"
Fin de Vigencia	Hasta las 23:59 horas del "XX/XX/XXXX".
Renovación	XX

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

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Código	

5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurado	Persona Natural residente en el Perú, cuya vida se asegura con esta Póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en esta póliza y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud-Certificado, Solicitud o Certificado de Seguro, según corresponda. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.
Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en un centro educativo reconocido por el Estado Peruano, designado por el asegurado (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. INFORMACIÓN Y CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

ASEGURADO	XXX
Edad mínima de ingreso	"X"
Edad máxima de ingreso	"X"
Edad máxima de permanencia	"X"

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Beneficios¹	Suma asegurada³
<p>Muerte natural: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de este documento.</p> <p>Muerte accidental: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones indicadas en este documento. 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 dentro del periodo de XXX contado</p>	<p>Pago por fallecimiento: Se otorgará un pago único a EL BENEFICIARIO en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO.</p> <p>Renta estudiantil mensual: El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación escolar de EL BENEFICIARIO, en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten a EL BENEFICIARIO para culminar el año escolar en curso, con un máximo de 12 rentas en total².</p>	<p>XXX</p> <p>PLAN X: S/. XX PLAN Y: S/. XX PLAN Z: S/. XX</p>

desde la fecha de ocurrencia del accidente.		
---	--	--

¹Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado de EL BENEFICIARIO menor de edad o al curador de EL BENEFICIARIO mayor de edad que sea interdicto.

²Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento de EL ASEGURADO o los inicie dentro del año del siniestro.

³No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.

CLÁUSULAS ADICIONALES CONTRATADAS:

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

9. ASISTENCIAS*:

Asistencia	Condiciones	Eventos
Manual de asistencias:		
XXX		

10. PRIMA

Prima comercial: XXX

	Prima comercial	Prima comercial + IGV
PLAN X	XX	XX
PLAN Y	XX	XX
PLAN Z	XX	XX
	XX	
	XX	
	XX	

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

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

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

11. ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA Y 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 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 de los datos de contacto autorizados en 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 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 mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Firma Digital, y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará 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 debo 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 mi 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 ASEGURADO, 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, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

____/____/____

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma de EL CONTRATANTE