SEGURO DE INVALIDEZ POR ACCIDENTES
CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS

Crecer Seguros

CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS – SEGURO DE INVALIDEZ POR ACCIDENTES

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	XXXXXXX
Distrito	XXXXXX
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima XXXXX / Provincia XXXXX
Correo electrónico	XXXXXXX

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Tipo de documento de identidad	
Número de documento de Identidad	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre	
Tipo y N° de Documento de Identidad	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

Correo electrónico		Teléfono	

6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	61. Accidentes personales
Código SBS	
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
Inicio de Vigencia	XXXX
Fin de Vigencia	XXXX
Renovación	XXX

7. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

8. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO incurra en un supuesto de Invalidez Total y Permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO, como consecuencia de un **accidente de tránsito**, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. La invalidez deberá estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP). La invalidez también puede estar sustentada en un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que evidencia un accidente de tránsito), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".	**Suma asegurada:** XXX **Periodo de carencia:** XXX **Deducible:** XXX

	Asimismo, se entenderá como **accidente de tránsito** todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las Condiciones Generales. **Se cubre la Invalidez Total Permanente acaecida durante la vigencia de la presente póliza y que se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente de tránsito.** **En caso el accidente se produzca en transporte público, a efectos de acceder a la cobertura, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros.**	

9. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
XXX		**Suma Asegurada:** XXX **Periodo de carencia:** XXX **Deducible:** XXX **Eventos:** XXX
XXX		**Suma Asegurada:** XXX **Periodo de carencia:** XXX **Deducible:** XXX **Eventos:** 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
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	EL ASEGURADO
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 (incluida la póliza y sus modificaciones) tanto al ASEGURADO, al CONTRATANTE y/o al BENEFICIARIO será el mismo declarado en la solicitud de seguro y/o los indicados en este Condicionado Particular 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 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 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: XXXXX (correo), o la Central Teléfono: Lima XXXXX / Provincia XXXXXX. 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.

Información legal:
XXXXXX

___/___/____

Firma del Representante de Crecer Seguros	**Firma de EL CONTRATANTE**