PROTECCIÓN GRUPAL
CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS

Crecer Seguros

Lima: (01) 417 4400
Provincias: (0801) 17440

Av. Ricardo Rivera Navarrete N°501, piso 11 – San Isidro

CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS – SEGURO DE PROTECCIÓN GRUPAL

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	xxxxxxxx
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) xxxxxxxxx / Provincia xxxxxxxx.
Correo electrónico	xxxxxxxxxxxx

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	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Correo electrónico	

4. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurados	Clientes de EL CONTRATANTE con los que mantiene una relación contractual de tracto sucesivo o duración continuada, declarados a la Compañía en el formato oficial.
Beneficiario	XXX.

5. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor			
Domicilio			
Distrito		**Departamento**	
Provincia		**Teléfono**	
Correo electrónico			

N° Póliza	XXXXX

Ramo	72. Vida Grupo Particular
Código SBS	XXX
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
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	XXXX

6. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

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

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[2]	**Condiciones**
Muerte natural	Suma Asegurada: XXX En caso corresponda: Periodo de Carencia: XXX XXX
Muerte accidental	
Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad	
Invalidez total permanente (ITP) por accidente	

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

9. PRIMA

Prima Comercial XXX

Prima Comercial + IGV XXX

La prima comercial 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

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

Frecuencia de pago: "XXX"
Lugar y forma de pago: "XXX"
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 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.

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 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.crecerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear su 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 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, declaro la aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicita por medio de este documento.

Información Legal:

CLÁUSULA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El contratante se obliga a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: https://www.crecerseguros.pe/

Si se comprobara la participación del contratante en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aseguradora informa al contratante que los datos personales de los asegurados serán tratados conforme a la Ley N.° 29733, su Reglamento (D.S. N.° 016-2024-JUS) y demás normativa aplicable.

Los datos serán utilizados únicamente para la gestión de esta cobertura, la atención de siniestros y el cumplimiento de obligaciones legales. Cuando corresponda, podrán ser compartidos con terceros autorizados, dentro o fuera del país, siempre que ello resulte necesario para la ejecución del seguro y en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.

El asegurado podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) y demás reconocidos por la normativa vigente, mediante los formatos disponibles en https://www.crecerseguros.pe o en nuestras oficinas, asimos la presentación de estos formatos para el ejercicio de sus derechos deberá de efectuarse en nuestra oficina ubicada en XXX.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

____/____/____

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