Crecer Seguros

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

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

Solicitud - Certificado
Protección Grupal
Código SBS N° XXXXXXXXXX | Póliza N° XXXXXX
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros. **RUC:** 20600098633
Dirección: xxxxxxxxxxxx **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima):
Teléfono: xxxxxxx **Correo electrónico:** xxxxxxxxxxxx

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXX **RUC:** XXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXX **Provincia:** XXXXXXX
Departamento: XXXXXXXXX **Teléfono:** XXXXXX

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXX **RUC:** XXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXX **Provincia:** XXXXXXX
Departamento: XXXXXXXXX **Teléfono:** XXXXXX

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: **Apellido Materno:**

Primer Nombre: **Segundo Nombre:**

Tipo Doc. Identidad: ☐ DNI ☐ CE ☐ Otro **N° Doc. Identidad:** **Sexo:** ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: **Dirección completa:**

Distrito: **Provincia:**

Departamento: **Teléfono:** **Celular:**

Correo electrónico: **Ocupación:**

Relación del Asegurado con el Contratante:

BENEFICIARIO

XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial: XXX
Prima Comercial + IGV: XXX
Frecuencia de pago: XXXX
Lugar y forma de pago: XXXX
Gastos administrativos: XXX
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

DATOS DE LA PÓLIZA

Riesgo Cubierto: muerte natural, muerte accidental, invalidez total y permanente (ITP) por accidente del asegurado.

Moneda: XXX

Fecha de inicio de vigencia: XXX
Fecha de término de vigencia: XXX
Plazo de vigencia: XXXX, con renovación automática, salvo que el contratante o la compañía expresen su deseo de no renovar antes de que opere la renovación.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura Básica1	Suma asegurada
Muerte Natural	XXX
Muerte Accidental	XXX
Invalidez Total y Permanente (ITP) por Enfermedad	XXX
Invalidez Total y Permanente (ITP) por Accidente	XXX

Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES: XXX

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO: Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier persona natural, residente en el Perú, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad (edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia) aquí establecidos:

Edad mínima de ingreso	"X"
Edad máxima de ingreso	"X"
Edad máxima de permanencia en el seguro	"X"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:

Las coberturas son las que se describen a continuación, las mismas que son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas por Asegurado.

a) Muerte natural: se cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.

b) Muerte accidental: se cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza

c) Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad: se cubre la ITP del Asegurado consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.

La invalidez debe estar sustentada por 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. Deberá tratarse de 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 N° 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la incapacidad es permanente y que su grado es 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".

d) Invalidez total permanente (ITP) por accidente: se cubre la Invalidez total permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la ITP que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta solicitud-certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza

La invalidez puede estar sustentada por 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 indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, 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 por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), 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".

EXCLUSIONES: La Compañía no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del Asegurado. Asimismo, se considera preexistencia a todo accidente o complicación derivada del mismo, producido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el Asegurado fallece como consecuencia de los mismos durante la vigencia del seguro.

2.Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).

3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

6. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, que conlleve a un actuar negligente del asegurado que ocasione el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito deberá implicar el uso de alcohol por encima del límite legal vigente.

7. Lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario deberá informar a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para tal efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con la Compañía por teléfono al (01)xxxxxxxxxx (para Lima) o xxxxxxxxxxx (para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxxxx

El incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal de rechazo del siniestro. Sin embargo, en caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se vea afectada en la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Lo indicado en el párrafo precedente no aplica en caso de culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario, cuando la falta de aviso afecte la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro; o en caso de dolo por parte de estos, en cuyo caso la Aseguradora se libera del pago de la indemnización. En el supuesto de culpa inexcusable, esta sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Asimismo, cuando el Asegurado o el Beneficiario prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura correspondiente, el Beneficiario deberá entregar a la Compañía o al Comercializador los siguientes documentos obligatorios detallados en la tabla adjunta (1).

Documentos (2)	Muerte natural	Muerte accidental	ITP por accidente	IPT por enfermedad
Documento Oficial de Identidad del Asegurado (copia)			X	**X**
Certificado de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	**X**	X		
Partida o Acta de defunción (copia certificada expedida por el RENIEC o certificado de reproducción notarial)	X	X		
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.		X(3)		
Protocolo de Necropsia (copia simple). Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.		X(3)		
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		X(3)	X(3)	
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		X(3)	X(3)	

El Estudio Químico Toxicológico es adicional al Dosaje Etílico.				
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica del ASEGURADO o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	X			X
Documento Oficial de Identidad del Beneficiario	X	X		
Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.			X	X

(1) La Solicitud -Certificado de seguro puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de cobertura, deberá presentarse solo los documentos obligatorios siguientes: XXX.
(2) Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.
(3) Siempre y cuando se le haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.
La Compañía deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización del Asegurado o Beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.
Asimismo, en caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios listados en este documento. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.
Si la Compañía no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS: Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a la Compañía por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.
Los datos de La Compañía para la presentación de requerimientos o reclamos son:
CRECER SEGUROS S.A.
• Dirección: xxxxxxxxxxxxx
• Correo electrónico: xxxxxxxxxxxxxxxxx
• Página web: www.crecerseguros.pe
• Teléfono: Lima (01)xxxxxxxxxxxx/ Provincia: xxxxxxxxxxxxx

IMPORTANTE:

- El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- En caso este seguro haya sido contratado a través de comercializadores, todo pago o comunicación entregada al comercializador se entiende entregada a LA COMPAÑÍA.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento. En caso, EL ASEGURADO ejerza el derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud de derecho de arrepentimiento, siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente solicitud-certificado. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado declara haber sido informado sobre la totalidad de las condiciones del Seguro Protección Grupal de Crecer Seguros.
- EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma en la Solicitud-Certificado, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. 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 ASEGURADO 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, la presente la Solicitud-Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud- certificado electrónico:

- Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Solicitud-Certificado, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
- La Solicitud de Certificado podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.crecerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
- La integridad y autenticidad de la Solicitud de Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital), y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
- Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
- Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo 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: xxxxxxxxxxx, o la Central Teléfono: Lima (01) xxxxxxx / Provincia xxxxx. 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 del 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.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en https://www.crecerseguros.pe presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro – Lima.

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.

☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es opcional. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.
Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

POLITICA ANTISOBORNO

La aseguradora declara que mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción.

En virtud de la presente póliza:

1. Compromiso ético

   El asegurado, sus beneficiarios o representantes se obligan a no incurrir en actos de soborno, corrupción, fraude, colusión u otras conductas ilícitas relacionadas con la contratación, ejecución o reclamación de la póliza.

2. Deber de información

   El asegurado deberá informar a la aseguradora de manera inmediata sobre cualquier hecho, intento o solicitud de soborno del que tenga conocimiento y que pueda afectar la relación contractual. Por ello Crecer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: https://www.crecerseguros.pe/

3. Consecuencias
   En caso de comprobarse la participación del asegurado, beneficiarios o representantes en actos de soborno o corrupción vinculados a la póliza, la aseguradora podrá darla por resuelta conforme a la normativa aplicable, quedando a salvo su derecho de denunciar los hechos ante las autoridades competentes.
4. Colaboración
   Ambas partes se comprometen a colaborar con las autoridades en eventuales investigaciones relacionadas con prácticas de soborno o corrupción.

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

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a los ……días del mes ……..… de 20…….

Firma del Asegurado	**Lugar y Fecha de emisión**	**Firma de Representante de La Compañía**

Nombres: .....

Apellidos: .....

Nro. DNI: .....

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

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

RESUMEN - PROTECCIÓN GRUPAL

1. **¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**
   - Dirección: xxxxxxxxx
   - Teléfono: Lima (01) xxxxx / Provincia (0801) xxxxx
   - Página web: www.crecerseguros.pe
   - Correo electrónico: xxxxxxxxxxx

2. **¿Qué riesgos cubre la Póliza?**
   Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son las coberturas de muerte (natural o accidental) e invalidez total y permanente por accidente y enfermedad. Las coberturas básicas son excluyentes entre sí; es decir, que solo se podrá utilizar una de ellas durante la vigencia de la seguro.

3. **¿Cuáles son las exclusiones del seguro?**

   LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

   1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a todo accidente o complicación derivada del mismo, producido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia de los mismos durante la vigencia del seguro.

   2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
   3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
   4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

   5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

   6. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, que conlleve a un actuar negligente del asegurado que ocasione el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito deberá implicar el uso de alcohol por encima del límite legal vigente.
   7. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

4. **¿Cuál es la vigencia de la póliza?**
   XXX

5. **¿Cuál es el monto de la prima?**
   XXX

6. **¿ ¿Cuáles son los canales para recibir orientación para presentar la solicitud de cobertura?**

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe, a efectos de tener la debida orientación.

7. **¿Cómo se aplica el derecho de arrepentimiento?**
Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.