Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

RESUMEN
PÓLIZA DE SEGURO CONTRA TODO RIESGO PARA CONTRATISTAS
Código RG1783100069

I. INFORMACIÓN GENERAL:

1. Compañía de Seguros:
CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS ("Crecer Seguros")
Registro Único de Contribuyentes No. 20600098633
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, San Isidro, Lima, Perú.
Página Web: www.crecerseguros.pe
Central Telefónica: (01) 417-4400 / Provincias: (0801) 17440

2. Denominación del Producto:
Seguro Contra Todo Riesgo Para Contratistas

II. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Riesgos Cubiertos:
Las coberturas y sus alcances están descritas en los artículos 6 y 7 del Condicionado General del Seguro Contra Todo Riesgo Para Contratistas.

2. Exclusiones:
Las exclusiones están descritas en el artículo 8 y 19 del Condicionado General del Seguro contra Todo Riesgo para Contratistas.

3. Prima Comercial + IGV:
XXXX S/ o XXXX USD

4. Vigencia
Inicio: XX/XX/XXX 00:00 horas
Término: XX/XX/XXX 23:59 horas

5. Canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro
En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario, podrá acercarse a la Oficina Principal de Crecer Seguros S.A.: Av. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, San Isidro, Lima, 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 sobre el procedimiento establecido en el artículo 13 y 19 de las Condiciones Generales del Seguro Contra Todo Riesgo para Contratistas.

6. Derecho de arrepentimiento:
El Contratante tendrá derecho a terminar el contrato, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes de haber recibido la póliza de seguro o nota de cobertura provisional, debiendo Crecer Seguros 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 coberturas y/o beneficios de la presente póliza. Este derecho se ejerce

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

solicitando la resolución de la póliza, para lo cual podrá emplearse los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, por los cuales contrató.

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SOLICITUD DE SEGURO
CONTRA TODO RIESGO PARA CONTRATISTAS (CAR)
Código SBS N° RG1783100069

☐ **Póliza nueva** ☐ **Inclusión** ☐ **Exclusión** ☐ **Modificación**

☐ **Otro** ☐ _____

La presente Solicitud forma parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas aquí consignadas constituye la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.

I.Datos del Tomador o Contratante:	
Nombre o Razón Social: XXXX	
DNI/RUC: XXXX	Teléfonos: XXXX
Domicilio Legal: XXXX	Provincia/Departamento: XXXX
Representante legal (incluyendo documento de identidad): XXXX	
Correo electrónico: XXXX	

II.Datos del Asegurado: (llenar en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante)	
Nombre o razón social: XXXX	
DNI/RUC: XXXX	Teléfonos: XXXX
Dirección: XXXX	Provincia/Departamento: XXXX
Correo electrónico: XXXX	

III.Datos del Beneficiario:	
Nombre o razón social: XXXX	
DNI/RUC: XXXX	Teléfonos: XXXX
Dirección: XXXX	Provincia/Departamento: XXXX
Correo electrónico: XXXX	

IV. Datos del Corredor de Seguros
XXXX
V.Moneda
Para fijación de Sumas Aseguradas y Contratación de la Póliza: XXXX

VI. Datos Principal o Propietario de la Obra:	
Nombre del proyecto de construcción o razón social	XXXX
Lugar del seguro: Ubicación física de la obra	Dirección: XXXX Distrito: XXXX Provincia/Departamento o Región: XXXX
	Nombre/Razón Social: XXXX

Nombre y dirección del Propietario de la Obra	Dirección: XXXX
Nombre(s) y dirección(es) del (de los) contratista(s)	Nombre/Razón Social: XXXX
	Dirección: XXXX
Experiencia de Contratistas y Subcontratistas en la ejecución de obras similares.	
Información sobre diseñador de la obra/ Experiencia en obras similares:	
Vigencia del seguro (*): **Adjuntar Cronograma de Obras*	Fecha de inicio de los trabajos: XXXX
	Fecha de terminación de la obra: XXXX
	Periodo de mantenimiento XXXX meses XXXX Duración de obra XXXX

Nota:

Si se requiere de mayor espacio para completar la información de las preguntas anteriores, incluir la respuesta en hoja adjunta debidamente suscrita por los declarantes.

VII. VALORES DECLARADOS, SUMAS ASEGURADAS, COBERTURAS Y CLÁUSULAS ADICIONALES:

a) Valores declarados:

El valor declarado debe equivaler:

Descripción	Valor Declarado
Al valor total del contrato de construcción al término de la obra, incluyendo, pero no limitado a: todos los materiales, sueldos y salarios por mano de obra, fletes, trabajos permanentes o provisionales, derechos de aduana e impuestos	XXXX

b) Coberturas y Riesgos / Sumas Aseguradas:

Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura Principal "A"	XXXX
Cobertura "B" Terremoto, temblor, movimientos sísmicos, erupción volcánica, fuego subterráneo, maremoto, tsunami, marejada, maretazo, oleaje, salida de mar o embravecimiento de mar.	XXXX
Cobertura "C" Lluvias, granizo, nieve, ciclón, huracán, tempestad, tormenta, vientos, ventarrones, ventisca, inundación, desbordamiento, enfangamiento, hundimiento o deslizamiento del terreno, huayco, alud, avalancha, aluvión, derrumbes y desprendimiento de tierra o de rocas	XXXX
Cobertura "D" Daños causados directamente a la obra y a los bienes asegurados por el contratista en el curso de la ejecución de las operaciones llevadas a cabo con el propósito de dar cumplimiento a sus obligaciones derivadas de la cláusula de mantenimiento del contrato de construcción.	XXXX
Cobertura "E y F"	XXXX

Responsabilidad Civil Extracontractual.	
Cobertura "G" Gastos por remoción de escombros.	XXXX

c) Coberturas mediante Cláusulas Adicionales:

Cláusula
XXXX
XXXX

d) Otras condiciones especiales:

DECLARACIÓN:

Los suscritos declaramos que:

1) Tenemos pleno conocimiento de nuestra obligación de declarar e informar a Crecer Seguros, todos los hechos o circunstancias que puedan influir en la apreciación o evaluación de Crecer Seguros para la aceptación o rechazo del riesgo, así como en la fijación de la prima, declarando conocer que el incumplimiento de la obligación de declarar acarrea la nulidad del contrato de seguro.

2) Tenemos pleno conocimiento de que, de no mediar rechazo de esta Solicitud, la póliza que se emita tiene como base las declaraciones efectuadas en esta Solicitud, las cuales se consideran incorporadas en su totalidad a esta póliza, conjuntamente con cualquier declaración adicional efectuada durante el proceso de apreciación del riesgo por parte de Crecer Seguros.

   Todo lo expuesto por nosotros en la presente Solicitud, está completo y concuerda con la verdad.

CLÁUSULA DE 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. Ricardo Rivera Navarrete 501, oficina 1101-A, 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/

CLAUSULA 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/

OBLIGACIÓN:
Crecer Seguros comunicará, a través de los datos de contacto brindados en este documento, al Tomador y/o Contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional en el referido plazo.

De no mediar observación o rechazo previo de la presente Solicitud, Crecer Seguros se obliga ante el Tomador y/o Contratante a la emisión de la póliza solicitada dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado su solicitud (de forma completa, incluyendo adjuntos) si no media rechazo previo en el plazo indicado, y siempre que se haya cumplido con las condiciones correspondientes y el pago de la prima, según lo informado por Crecer Seguros.

Para descargar el condicionado general de la póliza de seguro contra todo riesgo para contratistas (CAR) contratada con Crecer Seguros ingresar:
https://www.crecerseguros.pe/crecer-empresas/

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

El Contratante tendrá derecho a terminar el contrato, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes de haber recibido la póliza de seguro o nota de cobertura provisional, debiendo Crecer Seguros 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 coberturas y/o beneficios de la presente póliza. Este derecho se ejerce solicitando la resolución de la póliza, para lo cual podrá emplearse los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, por los cuales contrató.

Emitido el_XX_de ___XXXX____ del 20__XX_

Representante de Crecer Seguros	**Contratante y/o Asegurado**