

ACCIDENTES DE ESTUDIANTES CONDICIONES PARTICULARES



CONDICIONES PARTICULARES

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 COMERCIALIZADOR/CORREDOR DE SEGUROS

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

3. DATOS DEL CONTRATANTE

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

4. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO

Asegurados	
-------------------	--

5. DATOS DE LA PÓLIZA

N° Póliza	XXXXXXXXXXXX
Ramo	Accidentes Personales
Moneda	XXXXXX
Fecha de emisión de la póliza	06/03/2019
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del 18/03/2019
Fin de Vigencia	Hasta las 24:00 horas del 18/03/2020**
Renovación	XXXXXXXXXX

** El fin de vigencia de la solicitud-certificado podrá ser la fecha de vencimiento de la Póliza o corresponder a la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido.

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

7. COBERTURA PRINCIPAL Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma Asegurada	Condiciones
Muerte Accidental: La Compañía indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.	XXXXX	• Periodo de carencia: XXXXX • Deducible: XXXXXX

8. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS (Se señalará solo las que han sido contratadas en la Póliza)

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
1. Invalidez Total y Permanente por Accidente	La Compañía indemnizará al Beneficiario, la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si a causa de un Accidente el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente. Se entregará la indemnización siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de XX (XX) años de ocurrido el siniestro. Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente: • Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. • Fractura incurable de la columna vertebral que determinase la invalidez total y permanente. • Pérdida total de los ojos. • Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.	• Suma Asegurada: XXXXX • Periodo de carencia: XXXX • Deducible: XXXXX

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
	• Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies. • Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna. • Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie. • Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. El Asegurado calificado en condición de Invalidez Total y Permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. Beneficiario: el Asegurado indicado en la Solicitud-certificado	
2. Invalidez Parcial Permanente por Accidente	La Compañía indemnizará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada, por esta cobertura si a causa de un Accidente, el Asegurado sufre una invalidez parcial permanente, de acuerdo al grado de invalidez permanente sufrido. El grado de invalidez parcial y permanente se determinará basándose en la tabla de indemnizaciones detallada en la cláusula adicional.	• Suma Asegurada: XXXXX • Periodo de carencia: XXXX • Deducible: XXXXXX
3. Gastos de Sepelio por muerte accidental	La presente cobertura indemnizará por concepto de gastos de sepelio a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, la suma asegurada, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado como consecuencia de un Accidente.	• Suma Asegurada: XXXXXX • Periodo de carencia: XXXXX • Deducible: XXXXX
4. Gastos de curación por accidente	Se cubren los gastos de curación del Asegurado como consecuencia de un accidente hasta por la cantidad establecida como Suma Asegurada en la solicitud-certificado y/o Condiciones Particulares: los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis quirúrgicas internas que fuesen necesarios.	• Suma Asegurada: XXXXX • Periodo de carencia: XXXXXX • Deducible: XXXXXXXX

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
5. Gastos de Sepelio por Muerte Natural	La presente cobertura indemnizará a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, un capital para los gastos funerarios, por el importe de la Suma Asegurada indicada, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado por muerte natural.	• Suma Asegurada: XXXXX • Periodo de carencia: XXXXX • Deducible: XXXXXX
6. Desamparo súbito familiar del Asegurado	La Compañía indemnizará al Asegurado, si los dos padres del Asegurado sufren un mismo Accidente, en un mismo evento, que dé lugar al fallecimiento de ambos. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella.	• Suma Asegurada: XXXXXXXX • Periodo de carencia: XXXXXX • Deducible: XXXXXXXX
7. Exoneración de pago de primas	De producirse el fallecimiento o la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, la Compañía exonerará al Contratante de cualquier pago relacionado a la prima correspondiente a dicho Asegurado, por la Póliza principal, hasta el término de sus estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando el Contratante renueve la póliza de seguro con la Compañía de Seguros. La exoneración se dará hasta el término de los estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando la Póliza principal se encuentre vigente.	• Suma Asegurada: XXXXXXXX • Periodo de carencia: XXXXX • Deducible: XXXXXXXX
8. Pensión Educativa por Muerte Accidental del Responsable del Pago de la Pensión Educativa	La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, el monto correspondiente a la pensión educativa por los meses que le resten al Asegurado para la finalización del año de estudio lectivo en la Institución Educativa del Asegurado de la Póliza, o hasta el máximo de XX pensiones indicado en las Condiciones Particulares, de ser el caso, después de acreditarse el fallecimiento del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado como consecuencia de un Accidente.	• Suma Asegurada: XXXXXX • Periodo de carencia: XXXXXX • Deducible: XXXXXXXX

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
9. Pensión Educativa por Hospitalización del Responsable del Pago de la Pensión Educativa	La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, hasta por el monto correspondiente a XX meses de pensión educativa, si a causa de un Accidente el Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, es hospitalizado de manera continua e ininterrumpida por más de treinta (XX) días.** **La cobertura estará activa por los plazos señalados, siempre y cuando se renueve el seguro con La Compañía.	• Suma Asegurada: XXXXX. • Periodo de carencia: XXXXX • Deducible: XXXXXXXX
10. Pensión Educativa por Invalidez Total y Permanente del Responsable del Pago de la Pensión Educativa	La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, el monto correspondiente a la pensión educativa por los meses que le resten al Asegurado para la finalización del año de estudio lectivo en la Institución Educativa del Asegurado de la Póliza, o hasta el máximo de XX pensiones, después de acreditarse la invalidez total y permanente por Accidente del Responsable del pago de la Pensión Educativa del Asegurado. Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente: • Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida • Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente • Pérdida total de los ojos • Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos • Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies • Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna • Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie • Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. El Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, calificado en condición de Invalidez Total y Permanente	• Suma Asegurada: XXXXX • Periodo de carencia: XXXXXXXX • Deducible: XXXXXXXX

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
	es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida.	

9. PRIMA

La Prima correspondiente al seguro contratado, que incluye la cobertura básica y las coberturas adicionales antes mencionadas, es la siguiente:

Prima Comercial XXXX

Frecuencia de pago: XXXXXXXXXXXXXXXX

Lugar y forma de pago: XXXXXXXXXXXXXXXX.

Los efectos del incumplimiento del pago de la prima se encuentran especificados en las Condiciones Generales.

La prima comercial incluye:

	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor	XXXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	XXXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la banca-seguros u otro comercializador	XXXX

10. FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES

Franquicias	XXXXXXXXXX
Coaseguros	XXXXXXXXXX

11. BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Muerte Accidental serán los designados en la Solicitud –Certificado de Seguro. En caso de no existir tal designación, se entenderán por Beneficiarios a los Herederos Legales del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 816° del Código Civil. Para las demás Cláusulas Adicionales que hayan sido contratadas, serán los designados en la Solicitud-Certificado de Seguro.

12. SERVICIOS ADICIONALES

Los servicios adicionales estarán sujetos a la contratación de la(s) cobertura(s) básica(s) y adicionales contratadas en la póliza, hasta por el límite establecido en el siguiente cuadro:

Servicios Adicionales	Límites
Para las coberturas relacionadas con la Muerte Accidental del Asegurado o las lesiones que sufra por accidente, se pagarán las indemnizaciones cuando ésta deban directa o indirectamente, total o parcialmente a: 1. La práctica de Deportes No Profesionales, tales como: Atletismo, Bochas, Bolos, Fútbol, Fútbol, Béisbol, Básquetbol, Vóleybol, Ciclismo, Deportes Náuticos a Vela y a Motos, Tabla Hawaiana, Esgrima, Gimnasio (incluyendo el uso de máquinas de gimnasio), Polo, Skate Board, Canotaje siempre y cuando sea un paseo guiado, Concursos o Prácticas Hípicas, Equitación, Golf, Handball, Hockey, Natación, Rugby, Softball, Patinaje, Pelota a Paleta, Pelota Vasca, Pesca (salvo submarina y/o alta mar), Remo, Tenis, Box, Waterpolo, Artes Marciales, Esquí Acuático o en Arena y Escalamiento en Palestra (sólo dentro de la Universidad) incluyendo cualquier otro deporte que forme parte de la Currícula de la Universidad, siempre que sea declarado antes del inicio de la Cobertura y previa aceptación por parte de la aseguradora. 2. El uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas; ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pudiendo ser o no de empresas comerciales, no recorran itinerarios regulares fijos, siempre y cuando se realice a través de Empresas Legalmente Constituidas y con el Permiso de la Operación de las Autoridades competentes. 3. Los Gastos Odontológicos por Accidente, limitado sólo a la emergencia dentro de las 48 horas. 4. Los Gastos Oftalmológicos por Accidente, limitado sólo a la emergencia dentro de las 48 horas.	XXXX
5. Transporte por Evacuación en Ambulancia Emergencia Accidental, llamando a la aseguradora.	XXXX
6. Traslado de Restos Mortales en Avión Comercial Nacional (según costo promedio del mercado, máximo hasta el valor de un Pasaje "One Way" Clase Turística), por reembolso.	XXXX
7. Los Gastos por Segunda y Tercera Opinión Médica, sólo en caso requerir intervención quirúrgica por accidente, por reembolso.	XXXX
8. Tomografías, Ecografías, Resonancias Magnéticas, Exámenes Computarizados para diagnósticos	XXXX
9. Consulta médica a domicilio para el Asegurado (solo consultas de medicina general), llamando a la aseguradora.	XXXX
Consulta médica telefónica por enfermedad para el alumno asegurado, sin deducible (sólo consulta)	XXXX

Servicios Adicionales	Límites
10. Campaña de Prevención de Salud Anual por semestre	XXXX
11. Servicio de 01 ambulancia para eventos de la Universidad (Máx. 5 horas por evento, debiendo gestionar la solicitud con no menos de 15 días de anticipación)	XXXX
12. Exposiciones de temas de interés para alumnos y profesores, en local indicado por la Universidad.	XXXX
13. Implementación de medicinas para botiquín	XXXX

En caso esta póliza haya sido adquirida a través de comercializador, se deja expresa constancia que:

- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurados de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de banca-seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Las comunicaciones cursadas por el contratante, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
- Los pagos efectuados por el contratante del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

EL CONTRATANTE autoriza en forma expresa a LA COMPAÑÍA, el uso de Datos Personales proporcionados en la contratación del presente seguro para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos y servicios, así como para el tratamiento de Datos Personales a lo que se refiere la Ley N° 29733 y el artículo 27 del Condicionado General.

13. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

El CONTRATANTE declara haber tomado conocimiento sobre las condiciones y características de la Póliza de Accidentes de Estudiantes. Las condiciones del seguro el Solicitante las podrá obtener en la página web de La Compañía (www.crecersegueros.pe), así como a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA a optar enviarme por medios electrónicos la póliza y demás documentos que en adelante deriven de la misma, para lo cual declaro expresamente que he sido debida y previamente informado que en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, enviará la Póliza y demás documentos que en adelante deriven de la misma, vía correo electrónico, la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. EL CONTRATANTE declara conocer que el envío por este medio le permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo declaro haber suministrado un correo válido para la recepción de la póliza electrónica, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización.

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el CONTRATANTE declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico: ☒ Dirección de envío de correspondencia: ☐

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 recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Contratante