

CONDICIONES PARTICULARES

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	Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

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

3. DATOS DEL CONTRATANTE

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

4. DATOS DEL CORREDOR

Nombre del Corredor	XXX
Domicilio	XXX

Distrito	XXX
Provincia	XXX
Departamento	XXX
Número de registro oficial	
Comisión	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXX
Ramo	81. Sepelio Corto Plazo
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXX
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXX
Fin de Vigencia	Hasta las 24:00 horas del XX/XX/XXX**
Renovación	XXX

** 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	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXX

7. COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma asegurada	Condiciones
Indemnización por Sepelio	XXX	Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

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

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
-------------------------------	--------------------	--------------------

XXXX	XXXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX
------	------	--

Asistencia	Condiciones
XXX	XXX

9. BENEFICIARIO

Coberturas	Beneficiario
Indemnización por Sepelio	El indicado en la Solicitud-Certificado
En caso se contraten las coberturas adicionales, el Beneficiario, según corresponda, se indicará en la Solicitud-Certificado de Seguro.	

10. PRIMA

	Titular
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	S/ XXX

	Monto o Porcentaje
Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXXX
Cargos por la contratación de promotores de seguros.	XXXX
Cargos por la contratación de comercializadores.	XXXX

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

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 bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017y 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 21 del Condicionado General.

11. 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.crecerseguros.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 Crecer Seguros	Firma del Contratante
--	------------------------------