

**SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
TARJETA DE CRÉDITO DINERS
PÓLIZA N° 00000000XX
CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXX**

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo	
Documento de Identidad	
Profesión/ocupación	
Estado Civil	
Sexo	
Condición laboral	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo Electrónico	

DATOS DE LA ASEGURADORA

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
Correo electrónico	gestionalcliente@creceerseguros.pe	Teléfono	(01) 417-4400

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social	Diners Club Perú S.A.	RUC	20100118760
Dirección	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535	Distrito	San Isidro
Provincia	Lima	Departamento	Lima
Teléfono	(01) 615-1111		

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Suma Asegurada
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)	<p>Suma Asegurada: Se pagará hasta un máximo de 03 cuotas de la tarjeta de crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) por cada cuota, indemnizables por cada 30 días consecutivos de desempleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan 1: S/ 830 (Fijo) Plan 2: S/ 1,300 (Fijo) <p>Periodo de carencia: 120 días. Deducible: No aplica. Antigüedad laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> 365 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador. 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. <p>Periodo activo mínimo: 365 días Número máximo de eventos cubiertos: 01 evento por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: Por cada 30 días de desempleo involuntario justificado del Asegurado: a. Si la tarjeta está vigente y con Saldo deudor: se pagará primero al Contratante el saldo deudor y al asegurado la diferencia entre la suma asegurada y el saldo deudor, cuando corresponda. b. Si la tarjeta se encuentra sin Saldo deudor: se pagará al Asegurado la suma asegurada según el plan elegido. El pago se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.</p>

<p>Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)</p>	<p>Suma Asegurada: Equivalente hasta 03 cuotas de la tarjeta de crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) por cada cuota, indemnizables por cada 30 días consecutivos de incapacidad laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan 1: S/ 830 (Fijo) Plan 2: S/ 1,300 (Fijo) <p>Periodo de carencia: 120 días para los casos de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad. No aplica para los casos de incapacidad temporal por accidente. Deducible: No aplica Periodo activo mínimo: 365 días. Número máximo de eventos cubiertos: 01 evento por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: Por cada 30 días de incapacidad temporal justificado del Asegurado: a. Si la tarjeta está vigente y con Saldo deudor: se pagará primero al Contratante el saldo deudor y al asegurado la diferencia entre la suma asegurada y el saldo deudor, cuando corresponda. b. Si la tarjeta se encuentra sin Saldo deudor: se pagará al Asegurado la suma asegurada según el plan elegido. El pago se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.</p>
---	---

2. BENEFICIARIOS

Beneficiario:	Nombre completo o denominación o razón social, según corresponda: Relación con el asegurado:	<u>Con Saldo Deudor:</u>	<u>Sin Saldo Deudor:</u>
		El Contratante y el Asegurado (*) Diners Club y El Asegurado (*) Sólo en caso exista diferencia entre la suma asegurada y el Saldo deudor	El Asegurado El Asegurado

3. COASEGURO

COASEGURO:	No aplica
------------	-----------

4. PLAN ELEGIDO

PLAN:	
-------	--

5. PRIMA, FORMA Y OPORTUNIDAD DE PAGO

PRIMA	MONTO
PRIMA COMERCIAL	
PRIMA COMERCIAL MAS IGV	

DESCRIPCION GENERAL	MONTO /PORCENTAJE
Cargo por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del corredor	Plan 1: 3.17%, Plan 2: 5.49% de la prima comercial mensual. J0513
Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros	No aplica.
Cargo por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	Plan 1: 50.32%, Plan 2: 46.14% de la prima comercial mensual

LUGAR, FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: Mensual, a través del comercializador.

6. VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del dd/mm/aaaa.
Fin de Vigencia	Hasta las 24:00 horas del dd/mm/aaaa o fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; lo que ocurra primero. Renovación automática.

7. EDAD ASEGURABLE EN LA POLIZA

Edad mínima de ingreso: 18 años.
Edad máxima de ingreso: 64 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días.

8. CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales: **No aplica**

9. EXCLUSIONES

Crecer Seguros no estará obligada a indemnizar al Contratante y/o Asegurado y/o beneficiario designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad temporal, ocurra como consecuencia de:

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1) Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 2) Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 3) Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad (cuando la antigüedad laboral con el empleador es menor a un año), invalidez absoluta permanente y jubilación.
- 4) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 5) Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.
- 6) Suspensión perfecta de labores.
- 7) Liquidación o cierre definitivo de la empresa en la que labora el trabajador.

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia.
- 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puénting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.
- 5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje étílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen étílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 7) A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 8) Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 9) Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.

- 10) A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 11) Hernias y sus consecuencias.
- 12) Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

La Compañía puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

10. AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier tercero 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 este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros a través de los datos de contacto proporcionados en este documento.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

Para solicitar la cobertura, el Asegurado, el beneficiario o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de La Compañía o del Comercializador y presentar los siguientes documentos obligatorios (*) requeridos para solicitar el pago del siniestro:

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).
- Certificación Laboral emitida por su Empleador (copia simple).
- Documento de Identidad del Asegurado (Copia Simple).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y comprobante que acredite el pago de liquidación de beneficios sociales, en caso corresponda.
- Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Declaración Jurada del Asegurado de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.
- Certificado de las doce (12) últimas aportaciones a la AFP o la ONP, emitido con posterioridad al mes de desempleo reclamado (original o certificación de reproducción notarial). En caso el Asegurado, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (original o certificación de reproducción notarial).
- Copia Simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).
- Certificado médico o de Hospitalización detallado (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica, hospital en donde recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención) en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Historia Médica completa del Asegurado (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado.
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

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, Ley N° 29946.

Asimismo, La Compañía podrá solicitar documentos adicionales, respecto a aclaraciones o precisiones de la documentación e información obligatoria presentada por El Contratante o El Beneficiario, listada en este Certificado, que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta La Compañía para consentir o rechazar el siniestro 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.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada: No aplica

11. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS EN LA COMPAÑÍA

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: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

12. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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 coberturas 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.

13. INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó. Sin perjuicio de ello, Crecer Seguros pone a disposición la copia de la Póliza en su página web www.creceseguros.pe.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.

14. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros, por ejemplo en la Declaración Personal de Salud, en caso corresponda.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- **Autorizo expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de La Compañía le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizo expresamente a La Compañía a solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrollen las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.**

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____



Gerente General



Vicepresidente Comercial

Firma del Asegurado

Representante de
Crecer Seguros