

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD
TOTAL TEMPORAL– TARJETA DE CRÉDITO DINERS
CÓDIGO SBS N°RG1785910022**

DATOS DE LA COMPAÑÍA			
Razón Social: Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros		RUC: 20600098633	
Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.		Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.	
Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Razón social:	Diners Club S.A.	RUC:	20100118760
Dirección:	Av. Canaval y Moreyra 535	Departamento:	Lima
Actividad	6499 - Otras actividades de Servicios Financieros	Teléfono:	(01)604-0505
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.			
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Cobertura	Suma Asegurada		
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)	<p>Suma Asegurada: Se pagará hasta un máximo de 06 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/ 300 (Fijo) • Plan 2: S/ 500 (Fijo) • Plan 3: S/ 1,000 (Fijo) • Plan 4: S/ 1,500 (Fijo) <p>Periodo de carencia: 60 días. Deducible: 30 días Antigüedad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • 540 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador. • 540 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. <p>Periodo activo mínimo: 540 días Número máximo de eventos cubiertos: 01 eventos 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 de crédito 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 de crédito 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>		
Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	<p>Suma Asegurada: Equivalente hasta 06 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/ 300 (Fijo) • Plan 2: S/ 500 (Fijo) • Plan 3: S/ 1,000 (Fijo) • Plan 4: S/ 1,500 (Fijo) <p>Periodo de carencia: 60 días para los casos de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad. No aplica para los casos de incapacidad temporal por accidente. Deducible: 01 cuota adeudada por cada 30 días de incapacidad. Periodo activo mínimo: 540 días. Número máximo de eventos: 01 eventos 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 de crédito 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 de crédito 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>		
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.			

PRIMA, FORMA Y OPORTUNIDAD DE PAGO				
Prima	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Prima Comercial	S/ 20.76	S/ 26.19	S/ 27.88	S/ 42.29
Prima Comercial más IGV	S/ 24.50	S/ 30.90	S/ 32.90	S/ 49.90
Descripción General		Monto / Porcentaje		
Cargo por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del corredor		Plan 1: 2.84%, Plan 2: 4.05%, Plan 3: 4.30%, Plan 4: 3.17% 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: 38.48%, Plan 2: 39.83%, Plan 3: 40.35%, Plan 4: 43.97% de la prima comercial mensual		
LUGAR, FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: Prima mensual, pagada a través del comercializador.				
BENEFICIARIOS				
Nombre completo o denominación o razón social, según corresponda: Relación con el asegurado:	<u>Con Saldo deudor:</u> El Contratante y El Asegurado (*) Banco Pichincha y El Asegurado		<u>Sin Saldo deudor:</u> El Asegurado El Asegurado	
	(*) Sólo en caso exista diferencia entre la suma asegurada y el Saldo deudor.			
EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)				
<p>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:</p> <p>EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO. La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o consecuencia, directa o indirecta, parcial o totalmente de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit 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 etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lit. 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.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desempleo o Incapacidad de Crecer Seguros.
- **He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para: Todos los créditos de más de S/ 100,000.00.**
- Mediante mi firma en la presente Solicitud de Seguro autorizó expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de Crecer Seguros 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, autorizó expresamente a la Crecer Seguros 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.
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza del presente Seguro.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mi, 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, el 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 del certificado electrónico:
 - Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
 - Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado o Solicitud Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro podrá ser puesta a disposición bajo alguna 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.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
- LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios del Certificado de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros regulatorios establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar 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: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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.

LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud.

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
TARJETA DE CREDITO DINERS**

FECHA DE SOLICITUD _____ / _____ / _____	
DATOS DEL ASEGURADO	
Nombre Completo	Documento de Identidad
Condición laboral <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Profesión / ocupación
Dirección	Distrito
Provincia	Departamento
Correo Electrónico	Teléfono / celular

PLAN ELEGIDO				
Plan:	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4

PROTECCION DE DATOS PERSONALES (LEY NO 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Creceer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Centros de contacto telefónico | Atención médica |
| Notariales | Telecomunicaciones |
| Mensajería | Consultoría legal |
| Seguridad | Asistencia |
| Archivo y custodia de documentos | Plataformas tecnológicas |
| Auditoría y consultoría | Procesamiento de datos |

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario² que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que te ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

¹ <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>
² **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**
 Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

³ **EMPRESAS DIRECCION**
 Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
 Dines Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
 Carsa Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud, que consta de 4 páginas.
 Emitido en _____ el ____ de _____ de 20__

Firma del Solicitante

Firma de Representante de LA COMPANIA


 Gerente General


 Vicepresidente Comercial