

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA			
Razón Social: Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros		RUC: 20600098633	
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima.		Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.	
Correo electrónico: gestionalcliente@creceerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Razón social:	Diners Club Perú S.A.	RUC:	20100118760
Dirección:	Av. Canaval y Moreyra 535	Departamento:	Lima
Actividad:	6499 - Otras actividades de Servicios Financieros	Teléfono:	(01) 6151111
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.			
VIGENCIA			
Inicio de Vigencia: Desde la aceptación y suscripción del seguro. Fin de vigencia: Hasta 01 año desde la suscripción o en la fecha que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, lo que ocurra primero. Renovación: Automática.			
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Cobertura	Plan: 1 y Plan: 2 Suma Asegurada y Condiciones		
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)	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: - Plan 1: S/ 830 (Fijo) - Plan 2: S/ 1,300 (Fijo) Periodo de carencia: 120 días. Deducible: No aplica. Antigüedad laboral 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. 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: - 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. - 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.		
Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	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. - Plan 1: S/ 830 (Fijo) - Plan 2: S/ 1,300 (Fijo) 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: 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: - 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. - 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.		

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
Prima Comercial	S/ 25.85	S/ 29.66
Prima Comercial más IGV	S/ 30.50	S/ 35.00

Descripción 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: Prima mensual, pagada a través del comercializador.

BENEFICIARIOS

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

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

Creceer 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 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 Creceer 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 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 Creceer 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, autorizo expresamente a la Creceer 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 Creceer 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 mí, 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.creceerseguros.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@creceerseguros.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 CRÉDITO DINERS

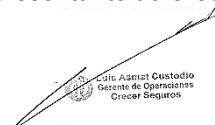
FECHA DE SOLICITUD		____/____/____	
DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre Completo		Documento de Identidad	
Condición laboral		Profesión / ocupación	
☐ Dependiente ☐ Independiente			
Dirección	Departamento		Distrito
Provincia	Teléfono		
Correo Electrónico			
PLAN ELEGIDO			
Plan	☐ Plan 1		☐ Plan 2
CLAUSULA ANTISOBORNO			
La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001. El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: https://www.creceerseguros.pe/ Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: https://www.creceerseguros.pe/			
CLAUSULA DE PROTECCION 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.creceerseguros.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.creceerseguros.pe/			

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 Asegurado

Firma de Representante de Creceer Seguros



Este Asegurado Custodio
 Garantía de Operaciones
 Creceer Seguros



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

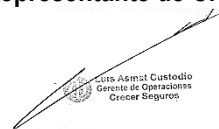
FECHA DE SOLICITUD ____/____/____			
DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre Completo		Documento de Identidad	
Condición laboral ☐ Dependiente ☐ Independiente		Profesión / ocupación	
Dirección	Distrito		
Provincia	Departamento	Teléfono	
Correo Electrónico			
PLAN ELEGIDO			
Plan	☐ Plan 1		☐ Plan 2
CLAUSULA ANTISOBORNO			
La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001. El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: https://www.creceerseguros.pe/ Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: https://www.creceerseguros.pe/			
CLAUSULA DE PROTECCION 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.creceerseguros.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.creceerseguros.pe/			

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 Asegurado

Firma de Representante de Creceer Seguros


Luis Asmat Custodio
Gerente de Operaciones
Creceer Seguros