

**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E  
INCAPACIDAD TEMPORAL**



Más simple, más cerca

**CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD**

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**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Razón social</b>       | Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros     |
| <b>RUC</b>                | 20600098633                                 |
| <b>Dirección</b>          | Av. Jorge Basadre N° 310, 2do piso          |
| <b>Distrito</b>           | San Isidro.                                 |
| <b>Provincia</b>          | Lima.                                       |
| <b>Departamento</b>       | Lima.                                       |
| <b>Teléfono</b>           | Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. |
| <b>Correo electrónico</b> | gestionalcliente@crecerseguros.pe           |

**2. DATOS DEL CONTRATANTE /COMERCIALIZADOR**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Razón Social</b>       |  |
| <b>RUC</b>                |  |
| <b>Dirección</b>          |  |
| <b>Distrito</b>           |  |
| <b>Provincia</b>          |  |
| <b>Departamento</b>       |  |
| <b>Teléfono</b>           |  |
| <b>Correo Electrónico</b> |  |

**3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>N° Póliza</b>          |  |
| <b>Ramo</b>               |  |
| <b>Moneda</b>             | Nuevos Soles / Dólares Americanos.   |
| <b>Inicio de Vigencia</b> | <b>Póliza</b><br>Desde las 00:00 horas del dd/mm/aaaa.   |
| <b>Fin de Vigencia</b>    | <b>Póliza</b><br>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. |

**4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Corredor</b> |  |
| <b>Código</b>   |  |
| <b>Comisión</b> |  |

**5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Asegurado</b> | Es la persona natural mayor de dieciocho (18) años que |
|------------------|--|

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     | está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro.   |
| <b>Beneficiario</b> | El beneficiario de las indemnizaciones originadas por la presente póliza es que se señale en la Solicitud de seguro, Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado. |

## 6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>Edad mínima de ingreso</b>     | XXX |
| <b>Edad máxima de ingreso</b>     | XXX |
| <b>Edad máxima de permanencia</b> | XXX |

## 7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

| <b>Cobertura</b>                                      | <b>Suma Asegurada</b>   |
|---|---|
| Desempleo involuntario<br>(trabajadores dependientes) | <p><b>Suma Asegurada:</b> Se pagará hasta un máximo de XXX cuotas del crédito. El monto de la cuota del crédito tiene un tope máximo (límite) de S/ xxx soles por cada cuota, indemnizables por cada XX días consecutivos de desempleo.</p> <p><b>Periodo de carencia: xx días.</b></p> <p><b>Deducible:</b> xx cuotas adeudadas por XX días de desempleo/</p> <p><b>Antigüedad laboral y Periodo activo mínimo:</b><br/>xxx días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador<br/>xxx días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador.</p> <p><b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro /</p> <p><b>Forma de pago:</b> Por cada xx días de desempleo involuntario justificado del Asegurado:<br/>a. Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante.<br/>b. Si el préstamo se encuentra cancelado, el monto equivalente a la cuota del cronograma original del préstamo será pagado al Asegurado.<br/>El pago de cada cuota se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>Incapacidad temporal<br/>(trabajadores independientes)</p> | <p><b>Suma Asegurada:</b> Equivalente hasta XXX cuotas del crédito. El monto de la cuota del crédito tiene un tope máximo (límite) de XXX por cada cuota, indemnizables por cada xx días consecutivos de incapacidad laboral.</p> <p><b>Periodo de carencia: xx días.</b></p> <p><b>Deducible:</b> xx cuotas adeudadas por XXX días de incapacidad.</p> <p><b>Periodo activo mínimo:</b> xxx días.</p> <p><b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro.</p> <p><b>Forma de pago:</b> Por cada xx días de Incapacidad temporal del Asegurado:<br/>a. Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante.<br/>b. Si el préstamo se encuentra cancelado, el monto equivalente a la cuota del cronograma original del préstamo será pagado al Asegurado.<br/>El pago de cada cuota se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota</p> |
|---|--|

## 8. COASEGURO

|              |   |
|--------------|---|
| COASEGURO: X | X |
|--------------|---|

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

Aplican Cláusulas Adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

| Cobertura adicional | Descripción | Suma asegurada y condiciones   |
|---------------------|-------------|--|
| <xxx>               | <xxx>       | Suma asegurada: xxx<br><b>Periodo de Carencia: xxx</b><br>Deducible: xxx<br>Periodo Activo Mínimo: xxxx<br>Beneficiario: xxx |

## 10. PRIMA

| PRIMA                   | MONTO   |
|-------------------------|---------|
| PRIMA COMERCIAL         | S/. XXX |
| PRIMA COMERCIAL MAS IGV | S/. XXX |

| DESCRIPCION GENERAL   | MONTO /PORCENTAJE |
|---|-------------------|
| Cargo por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del corredor      | XXX               |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros              | XXX               |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador | XXX               |

**LUGAR, FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA:** XXX