

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



CONDICIONES PARTICULARES – SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Creceer 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	Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre N° 310, 2do piso
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@creceseguros.pe

2. DATOS DEL CONTRATANTE /COMERCIALIZADOR

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo Electrónico	

3. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	
Ramo	
Moneda	Nuevos Soles / Dólares Americanos.
Inicio de Vigencia de la póliza	XXX
Fin de Vigencia de la póliza	XXX

La vigencia del Certificado y Solicitud-Certificado se indicará en dichos documentos.

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Código	
Comisión	

5. DESCRIPCIÓN DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Asegurado	Es la persona natural mayor de dieciocho (18) años que está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro.
Beneficiario	XXX

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Edad mínima de ingreso	XXX
Edad máxima de ingreso	XXX
Edad máxima de permanencia	XXX

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Plan XXX Suma Asegurada y condiciones
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes) XXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: xx días. Deducible: XXX Antigüedad laboral: xxx días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador xxx días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. Periodo activo mínimo: XXX Número máximo de eventos cubiertos: xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: XXX
Incapacidad temporal (trabajadores independientes) XXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: xx días. Deducible: XXX Periodo activo mínimo: xxx días. Número máximo de eventos cubiertos: xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: XXX

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	Plan XXX Suma asegurada y condiciones
<xxx>	<xxx>	Suma asegurada: xxx Periodo de Carencia: xxx Deducible: xxx Beneficiario: xxx

10. PRIMA

PRIMA	Plan XXX MONTO
PRIMA COMERCIAL	S/. XXX
PRIMA COMERCIALMASIGV	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

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): XXX

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
XXX	XXX

Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
XXX	XXX
XXX	XXX
XXX	XXX

LUGAR, FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: XXX**11. ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA**

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la póliza:

1. Cuando CRECER SEGUROS 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.
2. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera 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.
3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Póliza 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.
4. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
5. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré 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. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a gestionalcliente@creceseguros.pe.

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 y Seguros.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del CONTRATANTE, 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 he contratado.

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Contratante