

**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

Fecha de solicitud: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Código SBS: \_\_\_\_\_

**1. DATOS DE LA COMPAÑÍA**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Razón Social</b>       | CRECER SEGUROS SA                                  |
| <b>RUC</b>                | N°20600098633                                      |
| <b>Dirección</b>          | Av. Jorge Basadre N°310, Piso 2, San Isidro – Lima |
| <b>Correo Electrónico</b> | xxxxxxxxx@crecerseguros.pe                         |

**2. DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

|                     |  |                     |  |
|---------------------|--|---------------------|--|
| <b>Razón Social</b> |  | <b>RUC</b>          |  |
| <b>Dirección</b>    |  | <b>Departamento</b> |  |
| <b>Actividad</b>    |  | <b>Teléfono</b>     |  |

**3. DATOS DEL ASEGURADO**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Nombre completo</b>        |  |
| <b>Documento de Identidad</b> |  |
| <b>Profesión/ocupación</b>    |  |
| <b>Condición laboral</b>      |  |
| <b>Dirección</b>              |  |
| <b>Distrito</b>               |  |
| <b>Provincia</b>              |  |
| <b>Departamento</b>           |  |
| <b>Teléfono</b>               |  |
| <b>Correo Electrónico</b>     |  |

**4. EDAD ASEGURABLE EN LA POLIZA**

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

**5. VIGENCIA**

|                                |
|--------------------------------|
| <b>Inicio de vigencia: XXX</b> |
| <b>Fin de vigencia: XXX</b>    |
| <b>Renovación: XXX</b>         |

**6. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| <b>Cobertura<sup>2</sup></b> | <b>Plan XX</b> |
|------------------------------|----------------|

| <b>Plan XXX</b><br><b>Suma Asegurada y condiciones</b>   |  |
|--|--|
| <b>Desempleo involuntario (trabajadores independientes)</b><br><b>XXX</b>  | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Antigüedad laboral:</b> 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/<br><b>Periodo activo mínimo: XXX</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro<br><b>Forma de pago: XXX</b> |
| <b>Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)</b> | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Periodo activo mínimo:</b> xxx días.<br><b>Número máximo de eventos:</b> xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro.<br><b>Forma de Pago: XXX</b>  |

#### **7. CLÁUSULAS ADICIONALES**

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

| <b>Cobertura adicional</b> | <b>Descripción</b> | <b>Suma Asegurada y condiciones</b>  |
|----------------------------|--------------------|--|
| <b>&lt;xxx&gt;</b>         | <b>&lt;xxx&gt;</b> | Suma Asegurada: xxx<br>Periodo de Carencia: xxx<br>Deducible: xxx<br>Beneficiario: xxx |

## 8. PRIMA, FORMA Y OPORTUNIDAD DE PAGO

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| PRIMA                   | Plan XXX<br>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      | Xxxxxx            |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros              | Xxxxxxx           |
| 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**

## 9. BENEFICIARIOS

|              |   |
|--------------|---|
| Beneficiario | Nombre completo o denominación o razón social, según corresponda:<br><br>Relación con el asegurado: |
|--------------|---|

## 10. EXCLUSIONES

**Crece 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/litro 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/litro. 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.**

## 11. PLAN ELEGIDO

|      |     |
|------|-----|
| PLAN | XXX |
|------|-----|

## 12. 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: XXX.**
- 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.
- 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.crecersegueros.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@crecerseguros.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.

**13. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY NO 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud, que consta de X páginas.

Emitido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_

|  |                     |
|--|---------------------|
|  |                     |
| Firma de representante de Crecer Seguros | Firma del asegurado |



**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**  
Código SBS N° XXXXXXXXXX | Póliza N° XXXXXX  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentaria”

El solicitante requiere la contratación del seguro cuyas características se resumen a continuación:

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

|                              |  |                  |  |
|------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Nombre o Razón social</b> |  | <b>RUC</b>       |  |
| <b>Dirección</b>             |  |                  |  |
| <b>Distrito</b>              |  | <b>Provincia</b> |  |
| <b>Departamento</b>          |  | <b>Teléfono</b>  |  |

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

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

**DATOS DEL ASEGURADO**

|                             |   |                            |   |
|-----------------------------|---|----------------------------|---|
| <b>Apellido Paterno:</b>    |   | <b>Apellido Materno:</b>   |   |
| <b>Primer Nombre:</b>       |   | <b>Segundo Nombre:</b>     |   |
| <b>Tipo Doc. Identidad:</b> | <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro | <b>N° Doc. Identidad:</b>  |   |
|                             | <input type="checkbox"/> I  | <b>Sexo:</b>               | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> |   | <b>Dirección completa:</b> |   |
| <b>Distrito:</b>            |   | <b>Provincia:</b>          |   |
| <b>Departamento:</b>        |   | <b>Teléfono:</b>           |   |
|                             |   | <b>Celular:</b>            |   |
| <b>Correo electrónico:</b>  |   | <b>Ocupación:</b>          |   |

**Relación del Asegurado con el Contratante:**

**CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO**

Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años  
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"  
Edad máxima de permanencia: "X"

**VIGENCIA DEL SEGURO**
**Inicio de vigencia: XXX**
**Fin de vigencia: XXX**
**1. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| Cobertura  | Plan XXX  |
|--|---|
|  | Suma Asegurada y condiciones  |
| <b>Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)</b><br><br><b>XXX</b>  | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b><br><b>Deducible XXX</b><br><b>Antigüedad laboral:</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<br><b>Periodo activo mínimo: XXX</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos: xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro</b><br><b>Forma de pago: XXX</b> |
| <b>Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)</b> | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Periodo activo mínimo: xxx días.</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos: xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro.</b><br><b>Forma de pago: XXX</b>   |

**CLÁUSULAS ADICIONALES**

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 XX   |
|---------------------|-------------|---|
|                     |             | Suma asegurada y condiciones  |
| <xxx>               | <xxx>       | Suma Asegurada: xxx<br><b>Periodo de Carencia: xxx</b><br>Deducible: xxx<br>Beneficiario: xxx |

**COASEGURO**
**PORCENTAJE CEDIDO**
**X**
**X**
**BENEFICIARIOS**

|  |  |
|--|--|
| Nombre completo o denominación o razón social, según corresponda |  |
| Relación con el Asegurado  |  |

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| PRIMA                   | PLAN XXX<br>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      | Xxxxxx            |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros              | Xxxxxxx           |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador | Xxx               |

**Frecuencia de pago:** XXX

**Lugar y forma de pago:** "XXX".

Plan elegido: XXX

**EVENTOS NO ASEGURADOS (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 etílico 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 etílico 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.  
XXX

#### **¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?**

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). La atención y respuesta a los requerimientos y a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

#### **¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN 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:

- **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 la 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 esta solicitud-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:

Xxxx

Xxxx

#### **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.**

#### 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.

#### PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Crecer 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” 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 seguros<sup>2</sup>; 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 formulario 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 remitirte 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 económico<sup>3</sup>, con el fin de que me 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. Para más información revisa nuestra política de privacidad publicada en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup>

| EMPRESA               | DIRECCIÓN                                     |
|-----------------------|---|
| Banco Pichincha       | Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores       |
| Diners Club Perú S.A. | Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro    |
| Carsa                 | Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro |

## **AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA**

Mediante mi firma en la presente Solicitud – Certificado 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 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, autorizó expresamente a la COMPAÑÍA 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.

### **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

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, la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a esta, 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 la puesta disposición del referido documento:

1. 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.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Solicitud-Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro podrá ser entregada de forma presencial o puesta disposición 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.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.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 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.
4. Es 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@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.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@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.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 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.

- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido las condiciones de seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de LA  
COMPAÑÍA

Nombres:

Apellidos:

Nro. DNI:

Nombre y Apellidos del Vendedor:

Correo electrónica del Vendedor



## Resumen Informativo de Seguro de Desempleo e Incapacidad Total temporal

### INFORMACIÓN GENERAL

#### 1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú.
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
- Página web: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)

#### 2. ¿Cuál es la vigencia de la póliza de seguros?

XXX

#### 3. ¿Cuál es el monto de la prima comercial?

XXX

#### 4. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

##### **DESEMPLEO INVOLUNTARIO (aplicable solo a Trabajadores Dependientes):**

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en la Solicitud de Seguros o en la Solicitud- Certificado, según el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en los documentos antes señalados.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud de Seguros o en la Solicitud- Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía.

Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo

Mínimo señalado en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado.

##### **INCAPACIDAD TEMPORAL (aplicable solo a Trabajadores Independientes):**

La Compañía pagará al Asegurado que se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales del crédito del Asegurado y/o en una renta mensual, según se determine en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado y hasta el monto máximo de la Suma Asegurada establecidas en los documentos antes señalados.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal, se entiende que el Asegurado es un Trabajador Independiente y que el Asegurado cumple con las condiciones de edad asegurable establecidas en la Solicitud de Seguro o Solicitud- Certificado. Esta cobertura está vinculada al crédito otorgado.

El Período de Carencia aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado.

En caso de Incapacidad Temporal del Asegurado, la Compañía pagará hasta el máximo de cuotas y/o rentas y en la forma establecida en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado, luego haberse cumplido el Deducible establecido en estos documentos.

Por cada evento, la indemnización será otorgada siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal y siempre que no se haya superado el número de cuotas máximas señaladas en la Solicitud de Seguro o en la Solicitud- Certificado como tope.

Habrá lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal, siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en la Solicitud de

Seguro o Solicitud- Certificado, desde el término de la Incapacidad Temporal ya indemnizada y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguros o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

#### **5. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?**

Crece 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, puéting, 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/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 etílico 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, tsunami, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.**

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.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe) o por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o al (0801) 17440 (para Provincias).

## **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.

## **PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTROS**

Dentro del plazo de siete (7) días de producirse el desempleo involuntario o la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el Asegurado deberá efectuar el aviso formal del siniestro. El incumplimiento

**SEGURO DE DESEMPLEO e INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL  
PÓLIZA N° XXXXX  
CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXX**

**1. DATOS DEL ASEGURADO**

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

**2 DATOS DE LA ASEGURADORA**

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

**3 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>     |  |                     |  |

**4 COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| <b>Cobertura</b>  | <b>Suma Asegurada</b>  |
|---|--|
| <b>Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)</b>                 | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b><br><b>Deducible: XXX</b><br><b>Antigüedad laboral:</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/<br><b>Periodo activo mínimo: XXX</b><br><b>Número máximo de eventos cubiertos: xx eventos</b> por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro<br>Forma de pago: XXX |
| <b>Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las</b> | <b>Suma Asegurada: XXX</b><br><b>Periodo de carencia: xx días.</b>   |

|  |   |
|--|---|
| FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados) | <b>Deducible</b> XXX<br><b>Periodo activo mínimo:</b> xxx días.<br><b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> xx eventos por cada xxx días computados desde el inicio de vigencia del Seguro /<br><b>Forma de pago:</b> XXX |
|--|---|

## 2. BENEFICIARIOS

|              |   |
|--------------|---|
| Beneficiario | Nombre completo o denominación o razón social, según corresponda:<br><br>Relación con el asegurado: |
|--------------|---|

## 3. COASEGURO

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

## 4. PLAN ELEGIDO

|      |     |
|------|-----|
| PLAN | XXX |
|------|-----|

## 5. PRIMA, FORMA Y OPORTUNIDAD DE PAGO

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| 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      | Xxxxxx            |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros              | Xxxxxxx           |
| Cargo por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador | Xxx               |
| <b>LUGAR, FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: XXX</b>                                   |                   |

## 6. VIGENCIA DEL SEGURO

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| <b>Inicio de Vigencia</b> | XXX |
| <b>Fin de Vigencia</b>    | XXX |

## 7. EDAD ASEGURABLE EN LA POLIZA

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

## 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:

| Cobertura adicional | Descripción | Suma asegurada y condiciones   |
|---------------------|-------------|--|
| <xxx>               | <xxx>       | <b>Periodo de Carencia: xxx</b><br>Deducible: xxx<br>Suma asegurada: xxx<br><br>Beneficiario(s): xxx |

## 9. EXCLUSIONES

Crece 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, puéting, 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/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 etílico 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:**

**XXX  
XXX**

## **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 respuesta a los requerimientos y/o reclamos será comunicada por La Compañía en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

Los datos de La Compañía para la presentación de quejas o reclamos son:

**CRECER SEGUROS S.A.**

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)
- Página web: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.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.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Firma del asegurado

---

Representante de  
Crecer Seguros