

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



### CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS – SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

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

Razón social	Crecer 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@crecerseguros.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	XXX
Ramo	XXX
Código SBS	XXX
Moneda	XXX
Inicio de Vigencia de la póliza	Desde las 00:00 horas del “XX/XX/XXXX”
Fin de Vigencia de la póliza	Hasta las 23:59 horas del “XX/XX/XXXX”
Renovación	XX

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

#### 4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Corredor	
Código	
Comisión	
Teléfono	
Correo electrónico	

#### 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	<p><b>Suma Asegurada: XXX</b></p> <p><b>Periodo de carencia: xx días.</b></p> <p><b>Deducible: XXX</b></p> <p><b>Antigüedad laboral:</b> 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.</p> <p><b>Periodo activo mínimo: XXX</b></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: XXX</b></p>
Incapacidad temporal (trabajadores independientes) XXX	<p><b>Suma Asegurada: XXX</b></p> <p><b>Periodo de carencia: xx días.</b></p> <p><b>Deducible: XXX</b></p> <p><b>Periodo activo mínimo: xxx días.</b></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: XXX</b></p>

#### 8. COASEGURO

<b>COASEGURO:</b>	
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 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

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. CANALES DE COMUNICACIÓN PACTADOS:

Ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitirle las comunicaciones será el mismo consignado en este documento.

Asimismo, declara 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 CONTRATANTE y/o 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 su solicitud.

El CONTRATANTE deja expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través de los medios de comunicación indicados en este documento.

De igual forma, EL CONTRATANTE otorga su consentimiento para que, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, la presente póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones y futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que se ha consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en el párrafo anterior, y declara conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la póliza electrónica:

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. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podrá visualizar la Póliza de Seguro en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear su usuario y contraseña para el ingreso.
3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de una Firma Digital, y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediato, seguro, eficiente.
5. El uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debe compartir su clave y debe utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de su 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](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. La Compañía garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

**La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio de EL 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, declara la aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que he contratado

<b>Firma del Representante de Crecer Seguros</b>	<b>Firma de EL CONTRATANTE</b>