

RESUMEN - SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO**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.creceseguros.pe
- Correo electrónico: gestionalcliente@creceseguros.pe

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

El seguro estará vigente desde el inicio de otorgamiento de la línea de crédito con la firma del contrato de tarjeta de crédito hasta resolución del contrato de Tarjeta de Crédito, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.

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

XXX

4. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). Las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza.

5. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

El Seguro de Desgravamen no pagará el siniestro cuando ocurra como consecuencia de:

- a. Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
- b. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- c. . El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios**

o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

d. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal

e. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

f. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.

g. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

6. ¿Cuáles son los canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro?

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias) o por correo



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe, a efectos de tener la debida orientación.

Solicitud de Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito Código SBS N°

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

Características del Seguro

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social	RUC
Dirección	
Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono
ASEGURADO	
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se consignan en el Contrato de Tarjeta de Crédito firmado con la Entidad Financiera.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Para las tarjetas de crédito: XXX Edad mínima de ingreso: Edad máxima de ingreso al seguro: Edad máxima de permanencia:	
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)	
XXX. Monto máximo: XXX	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de otorgamiento de la línea de crédito, con la firma del Contrato de Tarjeta de Crédito. Fin de vigencia: Fecha de resolución del Contrato de Tarjeta de Crédito, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia del seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte natural	Fallecimiento del asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento del asegurado por causas accidentales.
Invalididad total permanente (ITP) por enfermedad o accidente	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • ITP por enfermedad: Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses. • ITP por accidente: También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
--	--

Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad o accidente	<p>La invalidez total permanente (ITP) por enfermedad o accidente, según corresponda, debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La ITP por enfermedad o accidente, según corresponda, también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".</p>
---	---

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. XXX El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento. En ese sentido, el Asegurado:

- Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento y reconoce que ésta(s) representa(n) un costo adicional señalado en el Precio del Seguro (Prima) detallado este documento.
- No Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento.

En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales, que aplicarán, siempre y cuando, el ASEGURADO las haya aceptado:

Cobertura adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<XXX>	<XXX>	<XXX>
<XXX>	<XXX>	<XXX>
<XXX>	<XXX>	<XXX>

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: XXX

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores.

La prima comercial se encuentra detallada en el estado de cuenta de la tarjeta de crédito. No incluye TCEA.

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX

Frecuencia, lugar y forma de pago: XXX

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa XXX. El interés moratorio se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

En caso apliquen, gastos de cobranza u otros por incumplimiento de pago: XXX

BENEFICIARIOS

El Contratante (la Entidad Financiera) .

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**

- 4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de la Tarjeta de Crédito de Crecer Seguros.
- He sido informado sobre la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento del Crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Tarjeta de Crédito de Crecer Seguros.
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro de Desgravamen.
- 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 la contratación del crédito. 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal

efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:

- (i) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
- (ii) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
- (iii) dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la “Zona Clientes”, ubicada al lado derecho de la página principal de la web www.creceseguros.pe y seguir lo siguientes paso:
 - 1) Digitar el usuario y la contraseña para “Iniciar sesión”. En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción “cliente nuevo” y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 - 2) Ingresar a la sección “Mis pólizas” y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: 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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición los Certificados en la forma antes prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; de conformidad con el Artículo 24.4 de la Resolución SBS N° 4143-2019.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY NRO. 29733 – DS NRO. 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 que le han sido proporcionados, 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”¹ 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 seguros²; 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, revocación e información 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

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 remitirme 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

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 económico³, 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.

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

² **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183º.- 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

³

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

Firma del solicitante _____



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

Nombres y apellidos _____

Documento de
identidad _____

Fecha _____

SOLICITANTE

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO
Póliza N° “X”
Certificado N° “X”
PARA LOS TIPOS DE TARJETA DE CRÉDITO:

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social	RUC
Dirección	
Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono
ASEGURADO	
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se consignan en el Contrato de Tarjeta de Crédito firmado con la Entidad Financiera.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Edad mínima de ingreso al seguro: Edad máxima de ingreso al seguro: Edad máxima de permanencia en el seguro:	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de otorgamiento de la línea de crédito, con la firma del Contrato de Tarjeta de Crédito. Fin de vigencia: Fecha de resolución del Contrato de Tarjeta de Crédito, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia del seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad o accidente	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ITP por enfermedad: Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses. • ITP por accidente: También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la solicitud-certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza que implique: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez total permanente (ITP) por enfermedad o accidente, según corresponda, debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La ITP por enfermedad o accidente, según corresponda, también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA</p>

que aprueba la directiva sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”.

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.
No aplican deducibles, franquicias o similares.

Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

XXX. Monto máximo: XXX

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El contratante (la Entidad Financiera).
--------------	---

Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.
-------------------------------	----------

CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. XXX

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento. En ese sentido, el Asegurado:

- Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento y reconoce que ésta(s) representa(n) un costo adicional señalado en el Precio del Seguro (Prima) detallado este documento.
- No Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento.

En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales, que aplicarán, siempre y cuando, el ASEGURADO las haya aceptado:

Cobertura Adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<xxx>		
<xxx>		

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: XXXX

La prima comercial no incluye IGV dado cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
- Cargos por la comercialización de promotores de seguros: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: XXX

Frecuencia, lugar y forma de pago: XXX

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa XXX. El interés moratorio se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

En caso apliquen, gastos de cobranza u otros por incumplimiento de pago: XXX

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
4. **El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**

5. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
6. **Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
7. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de invalidez total y permanente).**

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta 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.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a **LA COMPAÑÍA** sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

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** podría 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.

Para solicitar la cobertura, **EL ASEGURADO** o el beneficiario podrá acercarse a cualquier oficina de **LA COMPAÑÍA** o de **EL COMERCIALIZADOR** y presentar los siguientes documentos obligatorios² requeridos para solicitar el pago del siniestro al beneficiario:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ³ (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		
Protocolo de Necropsia ³ (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		
Atestado Policial completo o Carpeta Fiscal ³ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ³ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.		✓		✓
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSAL), que indique el porcentaje de invalidez y señale si es total permanente, en original o certificación de reproducción notarial.			✓	✓
Original o copia simple de Estado de cuenta de la Tarjeta de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del siniestro (emitido por la Entidad financiera).	✓	✓	✓	✓

² Creceer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales relacionadas a la documentación e información obligatoria presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios listados en este documento. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la compañía para aprobar o rechazar el siniestro, hasta que se presente lo solicitado.

³ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Cuando el CONTRATANTE haya suscrito coberturas adicionales, deberán presentarse obligatoriamente los siguientes documentos, según sea la cobertura solicitada:

Documentos Obligatorios	Cobertura adicional X	Cobertura adicional Y	Cobertura adicional Z	Cobertura adicional W
<xxx>				
<xxx>				

Creceer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación 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 de EL 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 N° 29946. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

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. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer Seguros en la fecha de realización del pago.
- 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.
-

PROTECCION DE DATOS PERSONALES (LEY NRO. 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 que le han sido proporcionados, 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”¹ 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 seguros²; 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, revocación e información 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

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 remitirme 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

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 económico³, 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.

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

² 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

³

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

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha			
Tipo de tarjeta de crédito solicitada (marcar con una "X")						
<input type="checkbox"/> XXXX	<input type="checkbox"/> XXX	<input type="checkbox"/> XXX	<input type="checkbox"/> XXXX			
<input type="checkbox"/> XXX						

Apellido paterno del solicitante (Asegurado)												Apellido materno del solicitante (Asegurado)											
Nombre(s) del solicitante												Tipo de documento				N° documento							
												<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.										

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Creceer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de la Tarjeta de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Creceer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Creceer Seguros.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado y/o beneficiario serán los mismos consignados por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer Seguros 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 su 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 Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio, del uso de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. La Solicitud- Certificado podrá ser enviado 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.creceerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
2. La integridad y autenticidad de la Solicitud- Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente.
4. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi 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 Solicitud-Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

Firma del solicitante	
------------------------------	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

Certificado de Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito
Código SBS <xxx>

En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la Póliza de seguro.

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente.
Monto del seguro (Suma Asegurada)	XXX. Monto máximo XXXX
Beneficiario	Entidad Financiera que celebra con el Asegurado un Contrato de Tarjeta de Crédito.
Inicio de vigencia	Fecha de inicio de otorgamiento de la línea de crédito con la firma del contrato de tarjeta de crédito.
Fin de vigencia	Fecha de resolución del contrato de Tarjeta de Crédito, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.
No aplican deducibles, franquicias o similares.	

DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL CRÉDITO

Tipo de Tarjeta	Moneda	Línea de crédito	Fecha de vencimiento
	<input type="checkbox"/> Soles <input checked="" type="checkbox"/> Dólares	XXXX	

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	N° de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
<input type="checkbox"/> DNI <input checked="" type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Ocupación	
Dirección del domicilio		N° / Mz. / Lt.	Distrito	Provincia
Departamento	Relación con el contratante			
	Cliente titular de la Tarjeta de Crédito.			

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro:

Edad máxima de ingreso al seguro:

Edad máxima de permanencia en el seguro:

COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura¹	Descripción
------------------------------	--------------------

Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalididad Total Permanente (ITP) por enfermedad o accidente.	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ITP por enfermedad: Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses. • ITP por accidente: También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
Invalididad Total Permanente (ITP) por enfermedad o accidente.	<p>La invalidez total permanente (ITP) por enfermedad o accidente, según corresponda, debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La ITP por enfermedad o accidente, según corresponda, también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”.</p>

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULAS ADICIONALES

En este caso, solo se detallan las coberturas adicionales, que han sido previamente aceptadas y contratadas por el ASEGURADO, en la solicitud de seguro y cuya contratación tiene un costo adicional detallado en el Precio del Seguro (Prima) que fue aceptado previamente por el ASEGURADO y se detalla en este documento.

Cobertura adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<xxx>	<xxx>	<xxx>
<xxx>	<xxx>	<xxx>

<xxx>	<xxx>	<xxx>
-------	-------	-------

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

El Seguro de Desgravamen no pagará ante la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:
XXX

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial: XXX

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX

Frecuencia, lugar y forma de pago: XXX

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa XXX. El interés moratorio se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

En caso apliquen, gastos de cobranza u otros por incumplimiento de pago: XXX

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas 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. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta 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.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe

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 podría 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.

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO o el beneficiario podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios² requeridos para solicitar el pago del siniestro al beneficiario:

	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ⁶ (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		

	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Protocolo de Necropsia ⁶ (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		
Atestado Policial Completo o carpeta fiscal ⁶ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ⁶ (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico.		✓		✓
Original o certificación de reproducción notarial Dictamen o Certificado médico emitido por COMAFP ³ ; COMEC ⁴ ; ESSALUD; o MINSAs ⁵ ; que indique el porcentaje de invalidez y señale si es total permanente.			✓	✓
Original o copia del Estado de cuenta de la tarjeta de crédito, a la fecha de la ocurrencia (emitido por la Entidad financiera).	✓	✓	✓	✓

² Creceer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales relacionadas a la documentación e información obligatoria presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios listados en este documento. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la compañía para aprobar o rechazar el siniestro, hasta que se presente lo solicitado.

³ COMAFP: Comité Médico de las AFP.

⁴ COMEC: Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

⁵ MINSAs: Ministerio de Salud.

⁶ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Para las coberturas adicionales, en caso el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que se solicite:

	Cobertura adicional X	Cobertura adicional Y	Cobertura adicional Z
<Documento xxx>			
<Documento xxx>			
<Documento xxx>			

Creceer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación 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 de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

INFORMACION 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. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer Seguros en la fecha de realización del pago.
- 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.

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.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Firma del asegurado

Representante de
Crecer Seguros