SCS-0005-012
Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Póliza N° 0000000031

Certificado Nº

PARA LOS TIPOS DE TARJETA DE CRÉDITO: Socio Diners Club, Socio Diners Club Miles, Socio Diners Club Miles Special Edition, Socio Carte Blanche, Socio Diners Hiraoka.

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón Social	**El emisor de la Tarjeta de Crédito Diners**	**RUC**	**20100105862**
Dirección	**Av. Ricardo Palma 278**		
Distrito	**Miraflores**	**Provincia**	**Lima**
Departamento	**Lima**	**Teléfono**	**(01) 6151111**

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: 18 años.
Edad máxima de ingreso al seguro: 74 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia en el seguro: 79 años y 364 días.

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	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: • **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: 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. 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). 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 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.

COD SBS N° VI1787400003

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

Saldo no pagado del capital, es decir saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado. Hasta un máximo de: Socio Diners Hiraoka S/ 15,000 / Socio Diners Club: S/ 30,000 / Socio Diners Club Miles: S/ 30,000 / Socio Diners Club Miles Special Edition: S/ 30,000 / Socio Carte Blanche: S/ 50,000

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El contratante (la Entidad Financiera).
Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.

CLAUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. No aplica

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: La prima comercial se calcula mensualmente y de forma proporcional al promedio de los saldos deudores diarios del periodo de facturación de la tarjeta de crédito. La prima comercial será la resultante de multiplicar la tasa comercial por el promedio de los saldos deudores diarios del periodo de facturación, con un tope máximo por la deuda en cada moneda.

Tipo de Tarjeta de Crédito	Prima comercial
Socio Diners Club	Tasa comercial mensual 3.50%. Con un tope USD 6.50 por deuda
Socio Diners Club Miles	
Socio Diners Club Miles Special Edition	
Socio Carte Blanche	
Socio Diners Hiraoka	

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: Sí aplica, detallados en el Condicionado Particular.
- Cargos por la comercialización de promotores de seguros: No aplica
- Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: No aplica
- Cargos por recaudación de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Dos punto ochenta y cinco por ciento del promedio de los saldos deudores diarios del periodo de facturación de la TC.
- Bonificaciones / Premios / Utilidades u otros beneficios (en caso corresponda): No aplica.

Frecuencia, lugar y forma de pago: Mensual, siempre que se haya usado la Tarjeta de Crédito o que exista saldo de capital pendiente de pago. La prima será cargada a la Tarjeta de Crédito del asegurado, según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de Tarjeta de Crédito. Los pagos de la cuota mensual efectuados por el asegurado al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa de interés moratorio publicada por la SBS, el día en que el ASEGURADO incurra en vencimiento de la obligación. 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: como servicios de empresas de cobranza, honorarios de servicios, impuestos, tasas u otros gastos asumidos por LA COMPAÑÍA, que en su momento sean aplicables, estos serán notificados al cliente para su cobro de forma detallada mediante comunicación escrita a través de los medios de contacto dispuestos para tal fin.

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: No aplica.

COD SBS N° VI1787400003

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

¿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. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

¿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:

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 Publico, 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 (MINSA), 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] Crecer 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.

Crecer 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 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.

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.

COD SBS N° VI1787400003

SCS -0005-012
Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Moneda solicitada	☐ Soles ☐ Dólares		Fecha			

Tipo de tarjeta de crédito solicitada (marcar con una "X")

☐ Socio Diners Hiraoka ☐ Socio Diners Club ☐ Socio Diners Club Miles
☐ Socio Diners Club Miles Special Edition ☐ Socio Carte Blanche

Apellido paterno del solicitante (Asegurado)	Apellido materno del solicitante (Asegurado)	
Nombre(s) del solicitante	**Tipo de documento**	**N° documento**
	☐ D.N.I. ☐ C.E.	

CLÁUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. **Finalidad del tratamiento**

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. **Transferencias nacionales e internacionales**

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. **Comunicaciones comerciales**

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. **Derechos del titular de datos**

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en https://www.crecerseguros.pe presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima.

5. **Conservación y medidas de seguridad**

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional.** En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.
Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

CLÁUSULA ANTISOBORNO

La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: https://www.crecerseguros.pe/

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

COD SBS N° VI1787400003

COPIA COMPAÑIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Crecer 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 Crecer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer 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 Crecer 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 Crecer 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, Crecer 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.crecerseguros.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

COD SBS N° VI1787400003

COPIA COMPAÑIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Moneda solicitada	☐ Soles ☐ Dólares	Fecha			

Tipo de tarjeta de crédito solicitada (marcar con una "X")

☐ Socio Diners Hiraoka ☐ Socio Diners Club ☐ Socio Diners Club Miles
☐ Socio Diners Club Miles Special Edition ☐ Socio Carte Blanche

Apellido paterno del solicitante (Asegurado)	Apellido materno del solicitante (Asegurado)	
Nombre(s) del solicitante	**Tipo de documento**	**N° documento**
	☐ D.N.I. ☐ C.E.	

CLÁUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

2. **Finalidad del tratamiento**

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

3. **Transferencias nacionales e internacionales**

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

4. **Comunicaciones comerciales**

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

5. **Derechos del titular de datos**

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en https://www.crecerseguros.pe presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima.

6. **Conservación y medidas de seguridad**

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional.** En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.
Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

CLÁUSULA ANTISOBORNO

La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: https://www.crecerseguros.pe/

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

COD SBS N° VI1787400003

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Crecer 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 Crecer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer 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 Crecer 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 Crecer 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, Crecer 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.crecerseguros.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

COD SBS N° VI1787400003

COPIA CLIENTE