

SOLICITUD DE SEGURO VIDA CRÉDITO

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

Características del Seguro

DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razón Social	Diners Club Perú S.A.	RUC	20100118760
Dirección	Av. Canaval y Moreyra 535		
Distrito	San Isidro	Provincia	Lima
Departamento	Lima	Teléfono	-
DATOS DEL COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón Social	Diners Club Perú S.A.	RUC	20100118760
Dirección	Av. Canaval y Moreyra 535		
Distrito	San Isidro	Provincia	Lima
Departamento	Lima	Teléfono	-
ASEGURADO			
Persona(s) Natural(es) que en sí misma está(n) expuesta(s) a los riesgos cubiertos por la Póliza.			
CONDICIONES DE INGRESO AL 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: Desde la fecha de contratación del seguro a través del Comercializador. En caso se genere un endoso de cesión de derecho a favor de El Emisor Diners (Banco Pichincha): desde la fecha de desembolso del crédito solicitado por el Asegurado. El endoso de cesión de derecho se adjuntará al Certificado de Seguro de Vida Crédito. Fin de vigencia: Hasta un año después de la fecha de inicio de vigencia o en la fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero. En caso se genere un endoso de cesión de derecho a favor de El Emisor Diners (Banco Pichincha): El fin de vigencia se produce en la fecha de término del plazo original del crédito otorgado por El Emisor Diners (Banco Pichincha)(*). (*) En caso el Asegurado culmine de pagar el crédito mencionado en un menor tiempo al plazo inicialmente contratado, el seguro se mantendrá vigente durante todo el plazo inicial por el cual contrató el crédito (máximo 60 meses).			
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)	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. 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 período no menor de seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado o 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. La invalidez 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 invalidez 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.			
SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES			
Cobertura	Plan 1		
Muerte Natural	Monto original del crédito endosado a este seguro y desembolsado por El Emisor Diners (Banco Pichincha), hasta el límite de S/ 120,000.		
Muerte Accidental			
ITP por enfermedad			
ITP por accidente			
CLAUSULAS ADICIONALES			
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales: No aplica			

CODSBSN° VI1787200006

CONDICIONES ESPECIALES

No aplica

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: Equivale a la Tasa prima multiplicada por el crédito endosado a este seguro y desembolsado por El Emisor Dineros (Banco Pichincha).

Tipo de crédito	Tasa prima Asegurado titular	Tasa prima Asegurado titular y adicional
PPD / CDD	Plan 1	No aplica
	3.00%	

La prima comercial no incluye IGV dado que, 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: 1.57% de la prima comercial.

Registro oficial del corredor: J-0513

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica.

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Desde 53.70% hasta 60.70% de la prima comercial (neta), según el monto del crédito y plazo solicitado.

Frecuencia: Pago único.

Lugar y forma de pago: A través del Comercializador.

Gastos Administrativos: No aplica

El pago efectuado por el asegurado al Comercializador será considerado como pagado a Creceer Seguros.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	Los beneficiarios(s) designados en la Solicitud del Seguro o durante la relación contractual.
Beneficiario(s) adicional(es)	No aplica.

Es indispensable completar de manera correcta los datos de los beneficiarios para asegurar una gestión oportuna de la activación de la cobertura (siniestro).

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. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
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 pero no limitando, 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 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: No Aplica

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.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el

CODSBSN° VI1787200006

sinistro 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.creceseguros.pe/>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN 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.creceseguros.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.creceseguros.pe/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro.
- He sido informado de la alternativa de endosar este seguro de vida particular para el otorgamiento de una operación financiera, en caso corresponda.
- He decidido solicitar el Seguro de Creceer Seguros.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.
- 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.

• **Autorizo al Contratante a aceptar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**

• **Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro.**

• **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 (TITULAR o ADICIONAL) y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de la contratación del seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO (TITULAR o ADICIONAL) 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 (TITULAR o ADICIONAL) 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.creceerseguros.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@creceerseguros.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 de la forma antes prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24.2 de la resolución 4143-2019.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (*) (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

Es indispensable completar de manera correcta los datos de los beneficiarios para asegurar una gestión oportuna de la activación de la cobertura (siniestro).

(*) Campos obligatorios

Firma del Solicitante: _____
Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Fecha: _____

SOLICITANTE

Firma: _____
Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Fecha: _____

FIRMANTE ADICIONAL

CODSBSN° VI1787200006

• **Autorizo al Contratante a aceptar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**

• **Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro.**

• **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 (TITULAR o ADICIONAL) y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de la contratación del seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO (TITULAR o ADICIONAL) 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 (TITULAR o ADICIONAL) 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:**

(iv) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,

(v) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o

(vi) 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.creceerseguros.pe y seguir lo siguientes paso:

3) 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.

4) 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@creceerseguros.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 de la forma antes prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24.2 de la resolución 4143-2019.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (*) (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

Es indispensable completar de manera correcta los datos de los beneficiarios para asegurar una gestión oportuna de la activación de la cobertura (siniestro).

(*) Campos obligatorios

Firma del Solicitante: _____
Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Fecha: _____

SOLICITANTE

Firma: _____
Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Fecha: _____

FIRMANTE ADICIONAL

CODSBSN° VI1787200006