

TÉRMINOS Y CONDICIONES
SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO / PLAN 2
COD SBS N° AE1786100017

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Crecer Seguros S.A, Compañía de Seguros			RUC: 20600098633
Domicilio: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.		Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.	
Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social:		Diners Club Perú S. A.	RUC: 20100118760
Dirección:	Av. Canaval y Moreyra 535		Departamento: San Isidro
Actividad:	6499 – Otras actividades de Servicios Financieros		Teléfono: (01) 604-0505
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días. Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días.			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Vigencia de 3 años desde la contratación a través de la Web de Diners Club Perú.			
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción		Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera muerte accidental el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de 90 días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>		<p>Suma Asegurada: S/ 50,000 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica</p>
CLAUSULAS ADICIONALES (Según corresponda)			
Cobertura	Descripción		Suma Asegurada y Condiciones
Indemnización por cáncer	<p>LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y o Solicitud de Seguro, según corresponda, a EL ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.</p> <p>No se encuentra dentro de la cobertura el diagnóstico de cáncer de piel que no fuera un melanoma.</p> <p>La presente cobertura quedará sin efecto en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, por cualquier causa diferente al hecho cubierto en esta cláusula adicional.</p> <p>El otorgamiento de la cobertura de la presente cláusula adicional no genera la extinción de la póliza principal, ni de la cláusula adicional de sobrevivencia, en caso esta última se hubiera contratado.</p>		<p>Suma Asegurada: S/ 25,000 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica</p>
Sobrevivencia	<p>LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO el 50% de la totalidad de las primas netas pagadas (no incluye IGV), cuando el mismo mantuviera vigente su póliza por 3 años, computados desde la fecha de contratación del seguro, sin que se verifique siniestro alguno por la cobertura principal ni fallecimiento del ASEGURADO por cualquier causa.</p> <p>Dicha devolución solo aplica ante la solicitud del asegurado, siendo el pago del beneficio efectuado al fin de la vigencia de la póliza de seguro principal, determinado en los DATOS DE LA PÓLIZA DE SEGUROS, luego de verificados los requisitos del párrafo anterior.</p> <p>La cobertura de la presente cláusula adicional implica la extinción de la póliza principal.</p>		<p>Suma Asegurada: S/ 915.30 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica</p>

ASISTENCIAS

Las asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado:

ASISTENCIAS	DESCRIPCIÓN	EVENTOS
Coordinación Telemédico (medicina general)	Asesoría telefónica para atender inquietudes menores que no requieran un diagnóstico final, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. El Asegurado y/o Beneficiario podrá contactarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia, y su consulta será atendida por un médico general, sin la necesidad de asistir a un consultorio físico. Hasta un máximo de treinta (30) minutos por evento. Costo del beneficio: No aplica	Sin límite de eventos
Coordinación de médico a domicilio	El beneficio se podrá solicitar las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, llamando a la central de emergencias de la empresa proveedora de la asistencia. La atención de médico a domicilio se brindará solo para urgencias médicas. Para ello, la central de emergencias comunicará el requerimiento a un auditor médico de la empresa proveedora, quien bajo su criterio, determinará si corresponde el beneficio de médico a domicilio, de acuerdo con la sintomatología presentada. Monto límite del beneficio: Hasta S/ 60 por evento.	4 eventos por año
Coordinación de sesiones de fisioterapia a domicilio	En caso de que el Asegurado, o un miembro de su familia, hubiese sufrido un accidente, podrá comunicarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia para solicitar el agendamiento de fisioterapias a domicilio, para dar cumplimiento al tratamiento recomendado por un médico. Este servicio estará disponible solo de lunes a viernes y dentro del horario laboral (desde las 9:00 am hasta las 6:00 pm). Costo del servicio: Será informado al momento de la solicitud, debiendo ser aceptado y asumido por el cliente, en caso corresponda.	Sin límite de eventos
Coordinación de niñera en caso de accidente de la madre	En caso de que el Asegurado o su esposa, dependiendo de quién ocupe el rol de madre de familia, hubiese sufrido un accidente, podrá comunicarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia, para solicitar el servicio de cuidado para sus hijos, a cargo de una niñera a domicilio. Este beneficio estará disponible solo de lunes a viernes y dentro del horario laboral (desde las 9:00 am hasta las 6:00 pm). Monto límite del beneficio: Hasta S/ 60 por evento.	4 evento por año
Coordinación de traslado a centro médico (ambulancia)	Beneficio de ambulancia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. En caso de que el Asegurado hubiese sufrido una urgencia, emergencia o accidente, podrá comunicarse a la central de emergencias de la empresa proveedora de la asistencia, la cual le brindará orientación y remitirá la ambulancia requerida al lugar en el que el Asegurado haya sufrido la urgencia, emergencia o accidente, para ser trasladado al centro hospitalario más cercano e idóneo de acuerdo a la incapacidad o lesión sufrida. Monto límite del beneficio: Hasta S/ 150 por evento.	Sin límite de eventos

Manual de uso de asistencias:

Para solicitar los beneficios o servicios de las asistencias, o para más información sobre proveedores afiliados, comuníquese al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4.

Limitaciones de las Asistencias:

Los beneficios o servicios antes descritos no se brindan para los siguientes casos:

- Cuando el ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita brindar el servicio.
- Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin el previo consentimiento de LA COMPAÑÍA.
- Se excluye todo servicio que no se coordine a través de la central telefónica de LA COMPAÑÍA.
- No se realizan reembolsos por servicios no brindados por LA COMPAÑÍA o no autorizados por LA COMPAÑÍA.
- Zonas peligrosas por delincuencia, ciudades en situación de insurrección, zonas sin acceso de vía pública.
- Se excluyen costos de hospitalización.
- Aplican, además, todas las limitaciones indicadas en el Certificado de Seguro.

Ámbito Geográfico de los Servicios de Asistencia:

Los beneficios o servicios de asistencia presenciales se prestarán a nivel nacional, en Lima y Provincias, según el siguiente rango de acción:

Dentro del perímetro urbano de las principales ciudades capitales de cada provincia del territorio nacional del Perú, de acuerdo con la infraestructura pública y/o privada existente en el lugar del beneficio o servicio a ser brindado. Tampoco se brindarán los beneficios o servicios de asistencias en zonas peligrosas debido a la delincuencia, ni en áreas sin acceso a vías públicas.

BENEFICIARIO

Cobertura Principal	Beneficiario
Muerte Accidental	Los herederos legales o aquellos indicados en la Solicitud.
Coberturas Adicionales	Beneficiario
Indemnización por cáncer	El asegurado
Sobrevivencia	El asegurado

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGÚN EL PLAN ELEGIDO)

PLAN 1			
Prima Comercial	S/ 50.85	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial + IGV	S/ 60.00	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Dineros.

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 7.34% de la prima neta mensual / J0513

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: 26.20% de la prima neta mensual

El pago efectuado por EL ASEGURADO, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- 1. Preexistencia:** condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL 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, 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 actividades riesgosas y/o deportes riesgosos:** automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo, escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.
- 6. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.**

Para la Cobertura Adicional COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER, adicionalmente aplican las exclusiones que se detallan a continuación:

- Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.

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

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Los requerimientos serán atendidos oportunamente, de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos y requerimientos se dará en un plazo máximo de quince (15) hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para tal efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal de rechazo del siniestro. Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se vea afectada en la posibilidad de verificar

o determinar las circunstancias 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, o si se demuestra que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Asimismo, cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA o al EL COMERCIALIZADOR los siguientes documentos obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

Documentos ²	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/> ₁
Protocolo de Necropsia (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/> ₁
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/> ₁
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia).	<input checked="" type="checkbox"/> ₁
Inscripción en Registros Públicos del Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial) del Asegurado, salvo que haya designado beneficiarios específicos durante la vigencia del seguro.	<input checked="" type="checkbox"/> ₁

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

² Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada:

Documentos ¹	Indemnización por Cáncer	Sobrevivencia
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Solicitud de cobertura escrita por el Asegurado		<input checked="" type="checkbox"/>
Copia DNI		<input checked="" type="checkbox"/>

¹ los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago.

Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, o de la SBS, en caso EL ASEGURADO o BENEFICIARIO no dieran su autorización. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, en caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S). deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA para

consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos obligatorios completos, conforme el procedimiento establecido en esta póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO*

En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores o uso de sistemas a distancia, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza correspondiente, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declara haber sido informado sobre las principales características del Seguro de Accidentes con Retorno de Crecer Seguros.
- Mediante la aceptación del presente documento, autorizo expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de Crecer Seguros le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del ASEGURADO, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrolle las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.
- LA COMPAÑÍA entregará la Póliza de Seguro de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que acepta el presente documento; 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 13 de la Resolución SBS 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.
- Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.
- Acepto y Contrato el Seguro de Accidentes con Retorno a través de la Web de Dineros Club Perú.

La aceptación al seguro por el medio contactado constituye la contratación del seguro y no requiere de firma escrita del Asegurado.