

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE  
CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Solicitud - Certificado N° \_\_\_\_\_

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
<b>Denominación o Razón social:</b> Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
<b>RUC:</b> 20600098633			
<b>Domicilio:</b> Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.			
<b>Teléfono:</b> Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.			
<b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:gestionalcliente@creceersegueros.pe">gestionalcliente@creceersegueros.pe</a>			
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
<b>Nombre o Razón social:</b>		<b>Nombre o Razón social:</b>	
<b>Documento de identidad:</b>		<b>Documento de identidad:</b>	
<b>Domicilio:</b>		<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Teléfono:</b>	
DATOS DEL CORREDOR			
<b>Denominación Social</b>		<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Comisión</b>
DATOS DEL ASEGURADO			
<b>Nombres y Apellidos</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono		
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)			
Para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados en la presente Solicitud-Certificado.			
<b>Nombres y Apellidos(*)</b>	<b>Tipo y N° de documento(*)</b>	<b>Relación con el asegurado</b>	<b>%</b>
(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio se repartirá en partes iguales			
DATOS DEL SEGURO			
<b>Coberturas</b>	Hospitalización por Accidente, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente.		
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: ___/___/___		
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: ___/___/___ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.		
<b>Renovación</b>	Facultativa		
PRIMA			
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX	
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XXXXXX	<b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX	
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			

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier establecimiento de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

**CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Con la firma del presente formato estarás brindando tu consentimiento libre, previo, expreso e informado, a favor de LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de tus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarte o hacerte identificable por cualquier medio, así como a tus datos sensibles, (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑÍA podrá:

- 1) Ofrecerte todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de tu información fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los asuntos antes mencionados, a través de sus diferentes canales;
- 2) Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su Grupo Económico, cuya relación se encuentra a tu disposición en la página web [www.smv.gob.pe](http://www.smv.gob.pe), así como, a sus socios comerciales, dentro o fuera del país (flujo transfronterizo), con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros. En caso no autorices el tratamiento de tus datos, LA COMPAÑÍA se encontrará impedido de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de LA COMPAÑÍA bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. Podrás revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberás presentar una solicitud escrita o completar los formularios puestos a tu disposición, en la Oficina Principal de LA COMPAÑÍA, ubicada en Av. Jorge Basadre N° 310, San Isidro. Recuerda que para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales, puedes ingresar a la página web [www.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe). No obstante lo expuesto, en caso no desees brindar el consentimiento para el tratamiento de tus datos, deberás marcar el siguiente recuadro:

No brindo mi consentimiento.

#### CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de permanencia: "X"

#### EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)

Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>
<b>Hospitalización por Accidente</b>	Se indemnizará a EL ASEGURADO cuando este sufra un accidente por el que deba ser internado al menos por X días calendarios, de forma continua e ininterrumpida, en un establecimiento hospitalario debidamente autorizado, por cualquier causa derivada de un accidente. <b>El internamiento debe realizarse hasta máximo 72 horas luego de ocurrido el accidente. Se cubre solo un internamiento por evento (accidente).</b>  Para acceder a esta cobertura el accidente y el establecimiento hospitalario deben enmarcarse dentro de las definiciones del artículo N° 1 de las condiciones generales.	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX <b>Número Máximo de Eventos:</b> XX <b>Beneficiario:</b> El asegurado
<b>Muerte Accidental</b>	Se indemnizará a los BENEFICIARIOS cuando se produzca el fallecimiento de EL ASEGURADO 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. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b>	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Beneficiario:</b> El señalado en la Solicitud-certificado
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITP por Accidente)</b>	LA COMPAÑÍA, de forma excluyente, pagará a EL ASEGURADO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando se le determine a este una Invalidez total permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.  Este seguro cubre la Invalidez total permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. <b>Deberá tratarse</b>	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX <b>Beneficiario:</b> El asegurado

	<p>de una pérdida o disminución que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Fractura incurable de la columna vertebral.</b></li> <li>2. <b>Pérdida total de la visión de ambos ojos.</b></li> <li>3. <b>Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</b></li> <li>4. <b>Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</b></li> <li>5. <b>Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</b></li> <li>6. <b>Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</b></li> <li>7. <b>Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</b></li> </ol> <p>La invalidez puede 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 indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, 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 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 un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la invalidez (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>	
--	--	--

Asistencia*	Descripción	Eventos
XXX	XXXX	XXX

\*Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado. Así pueden brindarse, según se indiquen, orientaciones telefónicas de consultas médicas o jurídicas, etc.

**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.**

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Participación del beneficiario en actos ilegales que constituyan delito relacionado o que haya causado el siniestro del asegurado.
- 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.
- 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.
- Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

### ¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

EL CONTRATANTE, ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, deberá comunicar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

Para solicitar el pago del siniestro, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos obligatorios según lo siguiente:

Documentos <sup>3</sup>	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Hospitalización por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial).. <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple).. <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple) <sup>1</sup> .	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia Literal de la Inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos..	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>2</sup>	-	-

Dictamen o certificado médico 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), en original o en certificación de reproducción notarial.	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del Asegurado y período de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial).	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Médico de la Institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico y diagnósticos o causas relacionadas. (original)	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

<sup>2</sup> Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario.

<sup>3</sup> 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 pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago, por escrito enviado al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en la Solicitud-Certificado.

#### COMUNICACIONES

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 o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario, contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
- Las consultas, quejas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono, correo electrónico, carta física o a través de página Web. Crecer Seguros dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción. Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de consultas, quejas o reclamos son:  
CRECER SEGUROS S.A.
  - Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
  - Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)
  - Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
  - Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440
- Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial.

<b>Defensoría del Asegurado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a></li> <li>• Teléfono: 01-4210614</li> </ul>	<b>Departamento de Servicio al Ciudadano - SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)</li> </ul>
<b>INDECOPI</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (01) 2247800</li> </ul>	<b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

- Si el microseguro se adquiere mediante un comercializador a distancia, EL ASEGURADO podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, pudiendo resolver sin expresión de causa, y sin estar sujeto a penalidad alguna, la solicitud-certificado, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de ésta, siempre que su contratación no sea condición para la realización de una operación crediticia. En caso se ejercite este derecho, LA COMPAÑÍA devolverá el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de efectuada la solicitud. Para tal fin, EL ASEGURADO que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.
- Asimismo, durante la vigencia de la presente Solicitud-Certificado, EL ASEGURADO tiene derecho a resolver el contrato de seguro por decisión unilateral y sin expresión de causa, debiendo de comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una antelación no menor a 30 días a la fecha efectiva de resolución, debiendo presentar una solicitud adjuntando copia simple de su DNI y pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza. LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en la Solicitud-Certificado de Seguro.
- **El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.**
- **El incumplimiento de pago de la prima origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación. LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida. Para rehabilitar la cobertura, se tendrá que proceder al pago del total de las primas adeudadas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que se efectuó el pago. Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Solicitud-Certificado. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA comunicará a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Solicitud- Certificado por falta de pago de prima, y la resolución operará desde el día en que se reciba la comunicación.**

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe). En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

Emitido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>Firma del representante de Crecer Seguros</b>	<b>Firma del asegurado</b>