

**SOLICITUD DE SEGURO
PLAN TEMPORAL / VITALICIO**

DATOS			
N° Solicitud		Fecha Solicitud	
Código SBS		N° Cotización	

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolver sin expresión de causa y de forma unilateral.

1. Datos del Contratante:

Información de la Empresa (Completar solo si es Persona Jurídica)			
Razón Social/ Nombre	RUC	CIU	Teléfono / Celular
Dirección			
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Información del Representante Legal (si es Persona Jurídica) o de la Persona Natural			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Documento de Identidad
			DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	Residente en Perú
/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
País de residencia	Nacionalidad	Teléfono / Celular	Relación o parentesco con el asegurado propuesto
Residente o ciudadano americano	Clasificación FATCA	Ocupación/Oficio /Profesión	Centro de Labores
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección			
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Correo Electrónico:			

2. Información de cumplimiento PLAFT

¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP)?		
<p>Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público.</p> <p>Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.</p>	Contratante	Asegurado Titular (solo si es distinto del Contratante)
¿Cuál es el país y origen de los fondos?		
	Contratante	Asegurado Titular

Se refiere de donde provienen los recursos económicos para la compra del producto solicitado.	(solo si es distinto del Contratante)	

3. Datos del Asegurado Titular (solo si es diferente del Contratante):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Documento de Identidad
			DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	Residente en Perú
/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
País de residencia	Nacionalidad	Teléfono / Celular	Residente o ciudadano americano
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Clasificación FATCA			
Dirección			
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Correo Electrónico:			

4. Producto Contratado

Moneda y tipo de ajuste	SOLES (S/) Nominal <input type="checkbox"/> Ajustado por IPC <input type="checkbox"/> Ajustado Tasa Fija <input type="checkbox"/> % ajuste ____. DÓLARES (US\$) Nominal <input type="checkbox"/> Ajustado Tasa Fija <input type="checkbox"/> % de ajuste _____.				
Plan contratado	Vitalicio <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Si marcó temporal, indicar cantidad de años _____.				
Periodicidad del Pago	Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>				
Período de Diferimiento del Pago	_____ años que difiere.				
Fecha de devengue base	/ /	Fecha de inicio del Pago	/ /	Fecha de fin del Pago	/ /
<small>(dejar en blanco si eligió plan vitalicio)</small>					
Cláusulas Adicionales					
Pago Beneficiarios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Sepelio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/> _____ a la fecha de la solicitud.			
Capital de Supervivencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/> _____ capital de supervivencia.			
Capital de Fallecimiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/> _____ capital de fallecimiento.			
Devolución de prima	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____% de la prima única (solo si eligió plan temporal).			
Doble pago	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ años de pago doble.			
Gratificación Semestral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Condiciones Especiales					

Periodo Garantizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ años.	Inicio de vigencia	/ /	Fin de vigencia	/ /
	Nº máximo de préstamos:				
Derecho de Rescate SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

5. Designación de beneficiarios (realizado por el Contratante o designado al Asegurado Titular)

Aplica para la cobertura Pago de Beneficiarios, Gratificación Semestral, Doble Pago y la condición especial de Periodo Garantizado. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular, los Beneficiarios del Pago serán los indicados a continuación:

N.º	Apellidos y Nombres	Relacion con el asegurado	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad
1				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
2				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
3				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
4				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
5				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
6				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
7				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
8				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
9				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
10				/ /	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
N.º	% de Beneficio	Periodo de Pago (Temporal / Vitalicio)	Vigencia como Beneficiario (años)	Condición de Salud	
1	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
2	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
3	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
4	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
5	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
6	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
7	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
8	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
9	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
10	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	

- En ningún caso la suma de los porcentajes de beneficio de los beneficiarios del pago podrá exceder del 100% del pago del **Asegurado Titular**.
- Únicamente podrán ser incluidos como beneficiarios del pago las personas que tengan un interés asegurable, conforme a la definición establecida en las condiciones generales. La falta de interés asegurable acarrea la nulidad de su inclusión en la póliza.

6. Datos de los Beneficiarios de las Coberturas Adicionales

Solo en el caso se elija las coberturas adicionales de Capital de Fallecimiento, Sepelio y/o Devolución de Prima (*)

N.º	Apellidos y Nombres	Relación con el beneficiario	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	% de Beneficio
1					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%
2					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%
3					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%
4					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%
5					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%

- La suma de los porcentajes de beneficio de los beneficiarios de las coberturas adicionales deberá sumar 100%.
- Si fuesen dos o más los beneficiarios designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado Titular. Si al momento de pagar el siniestro, se verifica que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación.

(*) Para la cobertura adicional de Devolución de Prima el Beneficiario es el Asegurado. Solo en caso este falleciera antes del fin de la vigencia temporal de la póliza, se tomarán como Beneficiarios a las personas aquí declaradas.

7. Declaración Personal de Salud

Solo en el caso de haber contratado las coberturas adicionales de Capital de Fallecimiento o Sepelio. Esta declaración deberá ser suscrita por el Asegurado Titular.

Estatura (mts) _____	Peso Actual (Kg) _____	Presión Arterial _____	SI	NO
1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización?				
2. ¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya exigido tratamiento y/o exámenes médicos y/o internamientos y/u observación médica?				
3. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?				
4. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				
5. ¿Tiene alguna malformación física o congénita que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?				
7. ¿Ha tenido alguna variación en su peso de más de 7 kilos en los dos últimos años?				
8. ¿Toma usted, en la actualidad, algún medicamento?				
9. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby que ponga en riesgo su integridad física y/o requiera de implementos de protección para su ejercicio? (por ejemplo: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf", "puénting").				
10. ¿Viaja Ud. en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales?				
11. ¿Padece o ha padecido de SIDA o VIH, cáncer de cualquier tipo o tumores, leucemia, miomas, displasia mamaria o enfermedades de transmisión sexual?				
12. ¿Tiene usted algún familiar (padres o hermanos) con antecedente de cáncer de mama, ovarios colon y/o próstata?				
13. ¿Fuma?				
En caso afirmativo ¿Cuál es su consumo diario promedio? N.º _____				

8. Información de cumplimiento PLAFT

¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP)?				
Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público. Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.	Contratante		Asegurado Titular (solo si es distinto del Contratante)	
	Sí	No	Sí	No
¿Cuál es el país y origen de los fondos?				
Se refiere de donde provienen los recursos económicos para la compra del producto solicitado.	Contratante		Asegurado Titular (solo si es distinto del Contratante)	

9. Forma de pago de la prima única

Moneda de la prima	Monto de prima única	Transferencia bancaria para completar prima única		
S/ <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/>		Fecha última transferencia	/ /	Banco

10. Forma del Pago del plan

IMPORTANTE:

El Contratante/Asegurado Titular reconoce que la veracidad y exactitud de los datos consignado a continuación es indispensable para el abono de su pago. En caso de existir algún error u omisión de dichos datos, el Contratante/Asegurado Titular autoriza a Crecer Seguros a contactarlo en los números de teléfono y/o correo electrónico proporcionados.

En tal sentido el Contratante/Asegurado Titular acepta que el error u omisión en los datos indicados a continuación podrían retrasar los plazos previstos para el o los pagos que deriven del seguro contratado.

Todo pago destinado al Asegurado Titular que sea menor de edad será depositado en una cuenta abierta a su nombre en una empresa del sistema financiero, cuyos datos deberán ser proporcionados previamente por el Contratante.

Bancos depósito del pago	Tipo de cuenta	Moneda
BBVA <input type="checkbox"/>	CTA SUELDO <input type="checkbox"/>	SOLES <input type="checkbox"/>
BCP BANCO DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>	CTA AHORROS <input type="checkbox"/>	DÓLARES <input type="checkbox"/>
BANCO SCOTIABANK <input type="checkbox"/>	CTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>	N.º de cuenta
BANCO INTERBANK <input type="checkbox"/>	CTA MAESTRA <input type="checkbox"/>	N.º CCI
BANCO PICHINCHA <input type="checkbox"/>	OTRO TIPO (indique)	

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado Titular que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente solicitud, o se reajuste el Pago conforme lo establecido en el Art. 10º y 12º de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, según corresponda.
- El Asegurado Titular se compromete a facilitar a La Compañía el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente mediante esta solicitud de seguro, a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento en que lo requiera La Compañía, la que asimismo se encuentra facultada a acceder a dicha información por el Art. 25º la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en caso de otorgamiento de los beneficios del seguro contratado.
- El importe de los Pagos de la cobertura que haya fijado la Aseguradora en la cotización correspondiente a la presente Solicitud de Seguro se realiza considerando las declaraciones efectuadas en la Solicitud de Seguro y en la Declaración Personal de Salud del Asegurado Titular, y de los Beneficiarios, según corresponda.
- La Compañía deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado Titular sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Compañía, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado Titular en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado Titular hubieran proporcionado información veraz.

- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Compañía, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Compañía, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que La Compañía utilizará para remitir comunicaciones al Asegurado Titular, al Contratante y/o al Beneficiario será el mismo que he declarado en esta solicitud y/o los indicados en el Condicionado Particular. 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, el Contratante y/o el Beneficiario, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los datos de contacto a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico del Asegurado Titular, el Contratante y/o el Beneficiario, deberá ser comunicado a La Compañía por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Para los efectos de este artículo se considera como El Asegurado Titular a la parte que proporciona la información (cliente sujeto a cobertura), en tanto que será la Compañía la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1) Declaración respecto al uso de los datos personales

El Asegurado Titular declara tener conocimiento que, con la suscripción del presente documento, acepta que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de la Compañía, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, evaluación y pago de siniestros, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y,
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en el párrafo anterior, sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras nacionales y/o internacionales con las que opera la Compañía, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

El Asegurado Titular reconoce que el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en este punto, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados. La Compañía se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2) Consentimiento al tratamiento de datos personales

El Asegurado Titular autoriza, en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a La Compañía, para que esta realice el tratamiento de sus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarle o hacerle identificable por cualquier medio, así como a sus 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:

- (i) Ofrecerle 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 LOS DATOS fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarles publicidad, comunicaciones e información relacionada a los asuntos antes mencionados, a través de sus diferentes canales;

- (ii) Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su grupo económico, proveedores y aliados estratégicos cuya relación se encuentra a su disposición en la página web www.crecersegueros.pe, así como, con sus socios comerciales, 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, el Asegurado Titular no brinde y/o autorice el tratamiento de sus datos, La Compañía se encontrará impedido de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta, tal como se encuentra establecido en el numeral 1. LOS DATOS se mantendrán registrados en el banco de datos personales denominado "Clientes" de titularidad de la Compañía –el mismo que ha sido declarado ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales– bajo altos estándares de seguridad y calidad durante el plazo de conservación de información aplicable a las empresas del sistema financiero. El Asegurado Titular podrá revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, información y revocación en cualquier momento, para lo cual deberá acercarse a nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310 piso 2 – San Isidro y llenar el formulario respectivo; pudiendo a su vez ingresar su solicitud a través de nuestra página web www.crecersegueros.pe. Para más información sobre la Política de Protección de Datos Personales de LA COMPAÑÍA, puede ingresar a la página web www.crecersegueros.pe.

Si brindo mi consentimiento

No brindo mi consentimiento

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

1. La Póliza de Seguro comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.crecersegueros.pe, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

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. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónica, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

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 y Seguros.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza 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, mediante la firma de la presente Solicitud de Seguro, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

San Isidro, _____ de _____ del _____.

FIRMA CONTRATANTE
DNI:

FIRMA ASEGURADO TITULAR
DNI:

11. Datos del asesor

Nombres y Apellidos:		Código:	
Teléfono fijo:		Celular:	
Correo Electrónico:		Supervisor:	