

**SOLICITUD DE SEGURO DE RENTA PARTICULAR "CRECE 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	Primer Nombre	Segundo Nombre
Estado Civil	Fecha de nacimiento	Sexo	Documento de Identidad
	/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	DNI / CE / Otro N.º
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono Celular
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Teléfono Fijo	Relación o parentesco con el asegurado propuesto (Cuando corresponda)	Ocupación/Oficio /Profesión	Centro de Labores
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. Datos del Asegurado Titular (solo si es diferente del Contratante):**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	Documento de Identidad
/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono / Celular
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:			

### 3. 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"/>		
Periodo 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> / /
Cobertura de Sepelio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		
Cláusulas Adicionales			
Pago Beneficiarios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
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"/>		

### 4. Designación de beneficiarios (realizado por el Contratante o haya designado para tal fin 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 (cuando corresponda)	Sex o (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.

#### 5. Datos de los Beneficiarios de las siguientes Coberturas Adicionales

Aplica cuando se contraten las coberturas adicionales de Capital de Fallecimiento, Sepelio y/o Devolución de Prima (\*)

N.º	Apellidos y Nombres	Relación con el beneficiario (cuando corresponda)	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	%
6					DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º	%
X					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 a 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. Sólo en caso este falleciera antes del fin de la vigencia temporal de la póliza, se tomarán como Beneficiarios a las personas aquí declaradas.

#### 6. 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 (*)

**7. 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"/>	<b>N.º de cuenta</b>	
BANCO INTERBANK	<input type="checkbox"/>	CTA MAESTRA	<input type="checkbox"/>	<b>N.º CCI</b>	
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)

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, "Los Datos").

"Los Datos" serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción "Nuestros proveedores"<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, "Los Datos" serán almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" o "Potenciales Clientes" con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, durante el plazo de conservación de información aplicable a las empresas del sistema de seguros. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario<sup>2</sup> que consta en nuestro portal Web.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción "Nuestros proveedores" de nuestro portal Web.

SI

NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que te ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> <http://portal.creceseguros.pe/Home/Consulta>

<sup>3</sup>

#### EMPRESA

Banco Pichincha

Diners Club Perú S.A.

Carsa

#### DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores

Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

El otorgamiento de la autorización para el uso de "Los Datos" para las finalidades descritas en la sección denominada "Consentimiento para el tratamiento de datos personales" es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear "Los Datos" para la ejecución del contrato celebrado.

## 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 los archivos pdf de la póliza (ii) Adjuntando un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF o (iii) Direccionándome a la parte privada de la web de Crecer Seguros [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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:

## 8. Datos del Representante de Crecer Seguros SA

Nombres y Apellidos:		Código:	
Teléfono fijo:		Celular:	

Correo Electrónico:

Supervisor:



DPS-0001-002

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda solicitada

 Soles  Dólares

Fecha (dd-mm-aa)

--

El asegurado Titular presentará la DPS solo en el caso de haber adquirido la Cláusula Adicional de Cobertura de Capital de Fallecimiento en la Renta Particular "Crece Seguro".

Apellido paterno del solicitante										Apellido materno del solicitante									
Nombre(s) del solicitante										Tipo de documento					N° de documento				
										<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.									
Género			Fecha de nacimiento							Monto solicitado			Plazo (indicar años / meses)						
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																			
Dirección (calle / avenida / pasaje)										N°			Dpto. / int.			Piso			
Urbanización				Distrito				Provincia				Departamento							
Teléfono fijo				Celular				Correo Electrónico											

La presente Declaración Personal de Salud (DPS tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro de Renta Particular en el caso de haber adquirido la Cláusula Adicional de Cobertura por Fallecimiento, por lo tanto, debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad de la Póliza.

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?				



DPS-0001-002

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 _____		

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que los datos de contacto que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones serán los mismos consignados por el solicitante del seguro ante la compañía, al momento de la contratación del seguro.

#### Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Creceer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos), los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración. Los Datos serán conservados mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema financiero\*; posteriormente, en tanto haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Creceer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Los datos no se transmitirán a terceros, salvo obligación legal o a nuestra empresa proveedora Coris quien brinda los servicios por Beneficios Exclusivos” y la cual se encuentra en la lista en [http://portal.creceseguros.pe/Content/userfiles/files/proveedores\\_marzo2019.pdf](http://portal.creceseguros.pe/Content/userfiles/files/proveedores_marzo2019.pdf) Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

(\*) Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros.

Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos.

N°



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC:  
20600098633 Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San  
Isidro, Lima – Perú T: Lima (01) 4174400 / Provincia  
(0801) 17440 [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)



DPS-0001-002

Firma del declarante																					
Nombres y Apellidos																					
Documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.																				
Número	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

\_\_\_\_\_  
Fecha

Canal Responsable:	
Código:	