

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE ACCIDENTES DE ESTUDIANTES

Código SBS N° AE1786100026| Póliza N° XXXXXX
Solicitud- Certificado N° XXXXXX
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Nombre o Razón social	CRECER SEGUROS S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS	RUC	20600098633
Dirección	AV. JORGE BASADRE N° 310 PISO 2		
Distrito	SAN ISIDRO	Provincia	LIMA
Departamento	LIMA	Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe
Teléfono	Lima (01) 417-4400 / Provincia: (0801) 17440		
DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razón social		RUC	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	
Correo Electrónico			
DATOS DEL COMERCIALIZADOR			
XXX			
DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS			
XXX			
DATOS DEL SOLICITANTE/ASEGURADO			
Nombres y Apellidos		Tipo de documento	
N° Documento		Sexo	
Dirección			

Distrito		Provincia	
Departamento		Celular	
Fecha de nacimiento		Correo electrónico	
Relación con el Contratante	XXX		

El Asegurado declara ser zurdo (persona que tiene tendencia natural a utilizar preferentemente sus extremidades del lado izquierdo):

Marque su respuesta:

Sí

No

(Completar sólo en caso haya sido contratada la Cláusula Adicional por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente)

RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PENSIÓN EDUCATIVA

Para el caso de las coberturas adicionales que involucren al Responsable del Pago de la Pensión Educativa, se considerará a la persona designada como tal por el Asegurado al momento de la matrícula. En caso de no haberse designado al Responsable del Pago de la Pensión Educativa se considerará como tal al padre del Asegurado, y en ausencia del Padre, a la madre del Asegurado.

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"

VIGENCIA DEL SEGURO:

Inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas del dd/mm/aaaa

Fin de vigencia: Hasta las 24:00 horas del dd/mm/aaaa**

** El fin de vigencia de la solicitud- certificado podrá ser la fecha de vencimiento de la Póliza o corresponder a la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido.

BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Muerte Accidental, serán los designados en la Solicitud –Certificado de Seguro. En caso de no existir tal designación, se entenderán por Beneficiarios a los Herederos Legales del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 816º del Código Civil.

1	Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado
	Domicilio	
	Teléfono:	
2	Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado

Domicilio	
Teléfono	

COBERTURA PRINCIPAL Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma Asegurada	Condiciones
Muerte Accidental Se indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.	XXX	Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

COBERTURAS ADICIONALES, SUMAS ASEGURADAS y CONDICIONES

Se indicarán las coberturas adicionales que hayan sido contratadas:

Cobertura	Descripción	Condiciones
X	X	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Beneficiario: XXX XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

La Prima correspondiente al seguro contratado, que incluye la cobertura básica y las coberturas adicionales contratadas, es la siguiente:

PRIMA	MONTO
PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL MAS IGV	XXX

DESCRIPCION GENERAL	MONTO /PORCENTAJE
Cargo por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del corredor	XXX

Cargo por la comercialización de seguros a través de los promotores de seguros	XXX	
Cargo por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XXX	

PERIODICIDAD DE PAGO

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: "XXX".

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

El Contrato de Seguro no otorga cobertura a los Siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **El siniestro se haya originado a causa de actos negligentes, 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 actos negligentes, 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 (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. Esta exclusión, aplica cuando el Asegurado se encuentre involucrado en un accidente de tránsito y/o para la cobertura de Intoxicación Accidental, como conductor, peatón o siendo el mismo asegurado que origina el accidente o incidente de intoxicación.**
7. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de invalidez total y permanente)**

La Compañía puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

¿QUÉ PASA SI NECESITO PRESENTAR ALGÚN REQUERIMIENTO O RECLAMO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a Crecer Seguros física través de cualquiera de los datos de contacto de LA COMPAÑÍA, señalados en este documento o a través de la página web www.creceseguros.pe. La Compañía dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de

treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado, Contratante o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago 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.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador, en caso corresponda, o podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El Asegurado, Contratante o Beneficiario deberá solicitar la cobertura de Muerte Accidental y presentar los siguientes documentos:

1. Acta o Partida y Certificado médico de defunción del Asegurado. (Original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Asegurado, en caso corresponda.
4. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico del asegurado, en caso corresponda.
5. Testamento o Sucesión intestada debidamente inscrita de forma definitiva en los Registros Públicos (original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada), en caso de no declararse beneficiarios en la Solicitud- Certificado de Seguro suscrita por el Asegurado
6. Copia simple del DNI de los beneficiarios.

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

XXX

XXX

Una vez que el Asegurado, Contratante o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos antes indicados, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

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 del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado y/o de las personas cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Seguro, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sean necesarias para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Asegurado, Contratante o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por esta Póliza.

SERVICIOS ADICIONALES

Los servicios adicionales complementarios están incluidos en la en la Prima Comercial consignada en el presente documento.

Beneficios	Límites
XXX	XXX

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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. El

derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

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

Creceer 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”¹ 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, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. 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 que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- I. 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 su portal Web.

SI

NO

- II. 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 económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

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. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

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

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183º.- Plazo de conservación de documentos

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

³

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado, contratante o beneficiario al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Crecer Seguros es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden
- Crecer Seguros es única y exclusivamente responsable de las coberturas contratadas frente al contratante y/o asegurado.
- Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a Crecer Seguros.

- **Definición de Accidentes:**

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole su fallecimiento, una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los siguientes “Accidentes Médicos”: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, accidentes cerebro vasculares, infartos al miocardio, trombosis o ataques epilépticos, así como los casos de negligencia médica o impericia médica. Tampoco se consideran como accidentes, las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, así como las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales y las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

Mediante mi firma en la presente Solicitud – Certificado de Seguro autorizó 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, autorizó 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 desarrollen las funciones propias de una compañía aseguradora.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro.

El solicitante declara haber tomado conocimiento sobre las condiciones y características de la Póliza de Accidentes de Estudiantes. Las condiciones del seguro el Solicitante las podrá obtener en la página web de La Compañía (www.crecerseguros.pe), así como a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Declaro y autorizo expresamente que he sido debida y previamente informado por Crecer Seguros, que puede optar por el envío de la Solicitud – Certificado, y demás documentos que en adelante deriven de la misma, vía correo electrónico, la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La Solicitud- Certificado contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. Declaro conocer que el envío por este medio me permitirá obtener más rápido la información del seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo garantizo haber suministrado un correo electrónico válido para la recepción de mi solicitud-certificado.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones, al ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante EL CONTRATANTE, al momento de la matrícula en su Institución Educativa. 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 CONTRATANTE y/o 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 su solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico del CONTRATANTE, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Firma del Solicitante/ Asegurado

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de LA
COMPAÑÍA

Nombres:

Apellidos:

Nro. DNI: