

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN FINANCIERA  
CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Certificado N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

<b>Denominación o Razón social:</b> Crecer 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> gestionalcliente@crecerseguros.pe

<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>	<b>DATOS DEL COMERCIALIZADOR</b>
<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 SEGURO**

<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: XXX
<b>Fin de vigencia</b>	XXX
<b>Renovación</b>	La Solicitud-Certificado NO se renueva de forma anual automática.

**PRIMA**

	<b>Plan X</b>	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX
<b>Prima Comercia + IGV</b>	XXXXX	

**La prima comercial incluye:**  
 Cargos por la intermediación de corredores de seguros: 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  
 Gastos Administrativos: XXX  
 Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

**DATOS DEL CORREDOR**

<b>Denominación Social</b>		<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	

**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)**

<b>Cobertura</b>	<b>Descripción</b>	<b>Suma asegurada y condiciones Plan X</b>
<b>LA COMPAÑÍA otorgará una indemnización equivalente a la suma asegurada determinada en este documento a El ASEGURADO, cuando este sea diagnosticado de una de las siguientes enfermedades graves:</b>	a) <b>Cáncer:</b> Implica la presencia por lo menos de un tumor maligno de crecimiento y desarrollo imprevisible confirmado por análisis histológico. b) <b>Infarto al miocardio (ataque al corazón):</b> muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada; ocurrido después del inicio de la cobertura. El diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por: historia de dolor torácico típico,	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> XXXX  XXX

<b>Diagnóstico de enfermedades graves:</b> a) Cáncer b) Infarto al miocardio (ataque al corazón) c) Insuficiencia renal crónica d) Coma	nuevos cambios en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas. <b>c) Insuficiencia renal crónica:</b> Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis, o que requiera un trasplante de ambos riñones. <b>d) Coma;</b> Condición clínica grave ocasionada por múltiples causas, accidentales o por enfermedad; caracterizada por una pérdida profunda de conciencia, en la que el paciente permanece con los ojos cerrados y no responde a ningún tipo de estímulo externo. Requiere ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos y el apoyo de un respirador artificial (ventilador). La satisfacción de todas sus necesidades vitales es completamente dependiente de terceros. Se incluye el coma inducido.	
<b>Incapacidad Total y Temporal (ITT) por accidente</b> <b>LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en este documento a El ASEGURADO cuando este sufra una Incapacidad Total y Temporal por Accidente (ITT)</b>	Pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del Asegurado ocasionada por un accidente, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión, oficio o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el Asegurado. Su certificación es la consecuencia de un acto médico.	<b>Suma asegurada: XXX</b> <b>Periodo de carencia: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b> <b>Número máximo de eventos cubiertos: XXX</b> <b>Mínimo de días de hospitalización por accidente: XXX</b> <b>Mínimo de días de descanso médico: XXX</b>  <b>XXX</b>
<b>Muerte por accidente de tránsito</b>  <b>LA COMPAÑÍA otorgará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO la suma asegurada determinada en este documento, cuando este fallezca como consecuencia de un accidente de tránsito</b>	Fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de tránsito, es decir mientras este se encuentra viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público (transporte masivo) debidamente autorizado bajo la condición de pasajero o conductor. En caso de que el accidente se produzca en transporte público, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros. El fallecimiento debe ocurrir en un periodo de noventa días calendario, contados desde la fecha del accidente y que ser causado por el accidente de tránsito en mención.	<b>Suma asegurada: XXX</b> <b>Periodo de carencia: XXX</b>  XXX

**ASISTENCIAS\***

Asistencia	Condiciones	Eventos

**Manual de asistencias:**
**XXX**

(\*) Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

**LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de:**

1. **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 a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
4. **El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
5. **Práctica de 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.**
6. **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.
7. **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**

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

El asegurado, el beneficiario o un tercero, deberá comunicar a Crecer Seguros 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 BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. 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 o podrá comunicarse con Crecer Seguros 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, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Crecer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso

	Diagnóstico enfermedades graves	ITT por accidente	Muerte por accidente de tránsito
Copia de la historia clínica donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza (copia foliada y fedateada) o Informe médico original en formato de Crecer Seguros.	✓	✓	
Informe anátomo patológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción notarial).	✓ <sup>1</sup>		
Certificado Médico en formato oficial que indique: diagnóstico, tratamiento, días de hospitalización, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original).		✓	
Atestado Policial Completo (copia simple).		✓ <sup>2</sup>	✓ <sup>2</sup>
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico, en caso de accidente de tránsito (copia simple). El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico.		✓ <sup>2</sup>	✓ <sup>2</sup>
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).			✓
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).			✓
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).			✓ <sup>2</sup>

Testamento, declaratoria de herederos o Sucesión intestada del asegurado (original o en certificación de reproducción notarial), en caso este no haya designado beneficiarios específicos en la Solicitud-Certificado.	✓ <sup>3</sup>	✓ <sup>3</sup>	✓ <sup>3</sup>
Documento nacional de identidad de los beneficiarios (copia simple).	✓ <sup>3</sup>	✓ <sup>3</sup>	✓ <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aplica únicamente al diagnóstico de cáncer.

<sup>2</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

<sup>3</sup> Aplica para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la presente Solicitud-Certificado.

**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 BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.**

#### **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 comunicación que LA COMPAÑÍA pone a disposición en la Solicitud-Certificado, 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 de LA COMPAÑÍA**

#### **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 en este documento y/o ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este microseguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

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

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio del uso de los datos de contacto autorizados en párrafos anteriores, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. La Solicitud-Certificado podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
2. La integridad y autenticidad de la Solicitud -Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

- **Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.**
- **Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.**
- **La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario de presentada la solicitud ante LA COMPAÑÍA o EL COMERCIALIZADOR.**
- **Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán**

atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

**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 centro 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)**

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 que le han sido proporcionados, 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, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; 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, revocación e información 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 remitirme 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 económico<sup>3</sup>, 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.creckerseguros.pe](http://www.creckerseguros.pe).

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

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- 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

<sup>3</sup>

<b>EMPRESA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
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

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombres y Apellidos			
Tipo de documento		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
LA COMPAÑÍA usara uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro	Dirección de domicilio		
	correo electrónico		
	Teléfono		
Plan elegido		XXXX	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)			
Aplica para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.			
Nombres y Apellidos(*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el asegurado	Porcentaje
(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales según se indique en el documento público correspondiente. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se reparte por partes iguales.			

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>