

Solicitud de Seguro de Accidentes Código SBS N°

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

Características del Seguro

ASEGURADO			
Persona Natural cuya vida e integridad física se asegura en virtud de esta solicitud, que cumple con los requisitos de edad establecidos en este documento y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud de Seguro.			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: XXX Edad máxima de ingreso al seguro: XXX Edad máxima de permanencia: XXX			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: XXX Fin de vigencia: XXX Renovación: XXX			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)			
Cobertura	Descripción	Condiciones	
		Plan X	Plan Z
Muerte Accidental	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en las Condiciones Particulares y en esta solicitud, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa e inmediata de un Accidente, según la definición establecida en este documento.</p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suma asegurada: XXX • Periodo de carencia: XXX • Deducible: XXX 	<ul style="list-style-type: none"> • Suma asegurada: XXX • Periodo de carencia: XXX • Deducible: XXX
<p>Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</p> <p>Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.</p>			
ASISTENCIAS*:			
Asistencias	Condiciones		Eventos
XXX	XXXX		XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX			
*Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.			

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: XX		
	Plan X	Plan Z
Prima Comercial	XX	XX
Prima Comercial + IGV	XX	XX
La prima comercial incluye:		
	Monto o Porcentaje	
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.		
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.		
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.		
Frecuencia:		
Lugar y forma de pago:		
Gastos administrativos: XXX		

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características de este Seguro.
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro.
- 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 o que haya proporcionado al CONTRATANTE al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud. Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE 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, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del Certificado electrónico:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro 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.creceerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de una Firma digital, y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.

5. Entiendo que el uso indebido de la clave de 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.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a los datos de contacto de LA COMPAÑÍA señalados en este documento. 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, Seguros y AFP.

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, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

- LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro.
- En caso de modificaciones a la póliza durante su vigencia. La COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado al contrato. En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY NRO. 29733 – DS NRO. 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”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.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² 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

³

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

ASEGURADO													
Apellido paterno del Asegurado							Apellido materno del Asegurado						
Nombres del asegurado							Tipo de documento			N° documento			
							<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.						
Nacionalidad		Género		Fecha de nacimiento			Estado civil						
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /									
Datos de contacto:													
Dirección del domicilio							No / Mz. / Lt.		Distrito		Provincia		
Departamento		Teléfono celular			Teléfono fijo			Correo electrónico					
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR													
Nombre o Razón social				RUC									
Dirección													
Distrito				Provincia									
Departamento				Teléfono									

PLAN ELEGIDO			
XXXX			
BENEFICIARIOS			
Aplica para las coberturas de XXX donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, en caso corresponda, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en esta Solicitud.			
BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO			
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. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

Declaro que he tomado conocimiento de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceerseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación de este seguro

Emitido el ____ de _____ de _____

Firma del representante de Creceer Seguros	Firma del asegurado