

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Póliza N° “X”

Certificado N° “X”

PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO:

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social	RUC
Dirección	
Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono
ASEGURADO	
Persona Natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Edad mínima de ingreso al seguro: Edad máxima de ingreso al seguro: Edad máxima de permanencia en el seguro:	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del crédito. Fin de vigencia: El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro, o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fractura incurable de la columna vertebral. Pérdida total de la visión de ambos ojos. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”.</p>
¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.	

No aplican deducibles, franquicias o similares.

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.

MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

Monto original del crédito del asegurado titular.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).
Beneficiario(s) adicional(es)	En caso de ITP, el asegurado que la padece. En caso de muerte, los herederos legales o las personas que señale expresamente el asegurado en la presente Solicitud-Certificado. Se pagará la diferencia entre el monto original del crédito y el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).

CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura Adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<xxx>		
<xxx>		

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Tasa prima mensual: La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta. Según la condición de salud específica del ASEGURADO (titular o adicional), la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

Tipo de Crédito	Tasa prima mensual Asegurado titular	Tasa prima mensual Asegurado titular y adicional
<xxx>		

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las pólizas de vida están inafectas de IGV. Además no existen cargos por la contratación de comercializadores. La COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR una comisión por servicio de recaudación de primas que no se carga a la prima comercial que paga el ASEGURADO.

Prima comercial: Equivale a la Tasa prima mensual multiplicada por la suma asegurada. En el cronograma de pagos del crédito se encontrará la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo.

Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en los documentos contractuales del crédito. Los pagos efectuados por el ASEGURADO al Comercializador serán considerados como pagados a Creceer Seguros.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) 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 del asegurado.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.
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 implican 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 al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de incapacidad total).

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a 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 treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

El asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Creceer 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.

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

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso²:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ³ (original o certificación de reproducción notarial).		✓		
Protocolo de Necropsia ³ (copia simple).		✓		
Atestado Policial completo ³ (copia simple).		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ³ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).		✓		✓
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o certificación de reproducción notarial.			✓	✓
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (para créditos mayores a S/. 100,000 o USD 35,000).	✓	✓	✓	✓
Monto original y Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple).	✓	✓	✓	✓
Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial); salvo que el ASEGURADO haya designado beneficiarios específicos.	✓	✓		

² Creceer Seguros podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

³ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Cuando el CONTRATANTE haya suscrito coberturas adicionales, deberán presentarse obligatoriamente los siguientes documentos, según sea la cobertura solicitada:

Documentos Obligatorios	Cobertura adicional X	Cobertura adicional Y	Cobertura adicional Z	Cobertura adicional W
<xxx>				
<xxx>				

Creceer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECEER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de reclamos y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

<p>Defensoría del Asegurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Telefax: (01) 4210614 	<p>SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<p>INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	<p>Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p> <p>Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.</p>

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CONTRATO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

La Solicitud-Certificado puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 15 de las Condiciones Generales):

- I. Causales de resolución:
 - a) Incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 1) de las Condiciones Generales.
 - b) Rechazo o falta de pronunciamiento del asegurado titular a la revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por Creceer Seguros, debido a una declaración inexacta o reticente que no obedece a dolo o culpa inexcusable. Según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 2) de las Condiciones Generales.
 - c) Presentación de una solicitud de pago de un siniestro fraudulento, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 3) y el Artículo N° 18 de las Condiciones Generales.
 - d) Ejercicio por parte del asegurado titular de su derecho de resolver el Solicitud-Certificado sin expresión de causa, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 4) de las Condiciones Generales.
 - e) Resolución de la Póliza por parte del Contratante, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a) de las Condiciones Generales.
- II. Causales de nulidad:
 - a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable, según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 1) de las Condiciones Generales.
 - b) Declaración inexacta de la edad a la fecha de contratación del seguro: el asegurado superaba la edad máxima de ingreso. Según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 2) de las Condiciones Generales.
 - c) Ausencia de interés asegurable, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 3) de las Condiciones Generales.
 - d) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 4) de las Condiciones Generales.
- III. Causales de extinción:
 - a) Por mora en el pago de la prima por noventa (90) días sin que Creceer Seguros haya requerido su pago, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso b, numeral 4) de las Condiciones Generales.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- **Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Creceer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.**

- Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. De proceder la modificación, la COMPAÑÍA deberá proporcionar a EL CONTRATANTE suficiente documentación para que este, ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda si desea manifestar su voluntad de resolver su Solicitud-Certificado.
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

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

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO 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. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, 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, 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 (i), 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 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 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 solicitados.

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. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
 - (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras 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; y
 - (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de “Negación al consentimiento”, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha			
Tipo de crédito solicitado (marcar con una "X")						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						

Apellido paterno del solicitante												Apellido materno del solicitante											
Nombre(s) del solicitante												Tipo de documento				N° documento							
												<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.										
Monto de crédito solicitado																							

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																					
<ul style="list-style-type: none"> • He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Monto Original de Crecer Seguros. • He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito. • He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido. • Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros, por ejemplo en la Declaración Personal de Salud. • Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro. • He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos de más de XXX. • Autorizo expresamente a Crecer Seguros a 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 se materialice. • Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-Certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi Solicitud-Certificado me asiste el derecho a resolver el mismo. • He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros 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 su solicitud. 																					

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales																									
Beneficiario (Apellidos y Nombres)						DNI/CE (*)				Porcentaje (*)				Parentesco				Fecha de Nacimiento							

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito												Apellido materno del firmante adicional al crédito											
Nombre(s) del firmante adicional al crédito												Tipo de documento				N° documento							
												<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.										

Firma del solicitante	
------------------------------	--

Firma del firmante adicional del crédito	
---	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

Certificado de Seguro de Desgravamen Monto Original Código SBS: XXXX

En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la Póliza de seguro.

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente.
Monto del seguro (Suma Asegurada)	Monto original de la deuda del asegurado titular.
Beneficiario	La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).
Beneficiario(s) adicional(es) ¹	En caso de ITP, el asegurado que la padece. En caso de muerte los herederos legales o las personas que señale expresamente el asegurado. Se pagará la diferencia entre el monto original del crédito y el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).
Inicio de vigencia	Fecha de desembolso del crédito.
Fin de vigencia	El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia; o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.
No aplican deducibles, franquicias o similares.	

¹ Para informaciones sobre el procedimiento de cambio de beneficiario o designación de uno nuevo, EL ASEGURADO puede comunicarse con Crecer Seguros al teléfono (01) 4174400.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros	RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, piso 2	Distrito	San Isidro
Provincia	Lima	Departamento	Lima
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe	Teléfono	(01) 4174400

DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL CRÉDITO

Producto crediticio	Moneda	Monto original	Plazo [indicar años/meses]
	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico		Ocupación
Dirección del domicilio		Nº / Mz. / Lt.	Distrito	Provincia
Departamento	Relación con el contratante			
	Cliente titular del crédito			

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Correo electrónico	Relación con el contratante / asegurado titular			
	Firmante adicional del crédito.			

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Edad máxima de ingreso al seguro:

Edad máxima de permanencia:

COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura²	Descripción
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidéz Total Permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.

<p>Invalidez Total Permanente (ITP)</p>	<p>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</p> <p>La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones numeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez - D.S. N° 166-2005-EF".</p>
---	--

² Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

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.

CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<xxx>	<xxx>	<xxx>
<xxx>	<xxx>	<xxx>
<xxx>	<xxx>	<xxx>

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

El Seguro de Desgravamen no pagará ante la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) 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 del asegurado.**

2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
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 al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial: La prima comercial se encuentra en el cronograma de pagos del crédito que le fue entregado antes del desembolso del crédito; está separada y sumada a la cuota del préstamo. No incluye TCEA.

La prima comercial equivale a la *Tasa prima mensual* multiplicada por la suma asegurada. En el cronograma de pagos del crédito se encuentra la *Tasa prima mensual* que le corresponde al asegurado.

En la tabla adjunta se detalla la tasa prima mensual estándar y una tasa prima mensual agravada. Según la condición de salud específica del asegurado (titular o adicional), la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente de la tasa estándar indicada.

Tipo de Tasa	Tasa prima mensual Asegurado titular	Tasa prima mensual Asegurado titular y adicional
Estándar	%	%
Agravada	%	%

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las pólizas de vida están inafectas de IGV. Además no existen cargos por la contratación de comercializadores. La COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR una comisión por servicio de recaudación de primas que no se carga a la prima comercial que paga el ASEGURADO.

Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en el cronograma de pagos del crédito y en los otros documentos contractuales del crédito. Los pagos de la cuota mensual efectuados por el asegurado al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a 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 treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿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.

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.

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 caso³.

	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ⁷ (original o certificación de reproducción notarial).		✓		
Protocolo de Necropsia ⁷ (copia simple).		✓		
Atestado Policial Completo ⁷ (copia simple).		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ⁷ (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial).		✓		✓
Dictamen o Certificado médico emitido por COMAFP ⁴ ; COMEC ⁵ ; ESSALUD; o MINSAL ⁶ ; que indique el porcentaje de invalidez y señale si es total permanente, en original o en certificación de reproducción notarial.			✓	✓
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para créditos mayores a S/. 100,000 o USD 35,000).	✓	✓	✓	✓
Monto original y Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple).	✓	✓	✓	✓
Testamento o declaratorio de herederos o Sucesión intestada (original o en certificación de reproducción notarial).	✓	✓		

³Crecer Seguros podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

⁴COMAFP: Comité Médico de las AFP.

⁵COMEC: Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

⁶MINSAL: Ministerio de Salud.

7Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Cuando el CONTRATANTE haya suscrito coberturas adicionales, deberán presentarse obligatoriamente los siguientes documentos, según sea la cobertura solicitada:

	Cobertura adicional X	Cobertura adicional Y	Cobertura adicional Z
<Documento xxx>			
<Documento xxx>			
<Documento xxx>			

Crecer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de reclamos y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial o después de ocurrido el siniestro pactar ir a la Vía Arbitral.

Defensoría del Asegurado • Dirección: Calle Amador Merino Reyna, N° 307, piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: (01) 4210614	SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800	Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley. Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CERTIFICADO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

El Certificado de Seguro puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 15 de las Condiciones Generales):

I. Causales de Resolución.

- Incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 1) de las Condiciones Generales.
- Rechazo o falta de pronunciamiento del asegurado titular a la revisión del Certificado efectuada por Crecer Seguros, debido a una declaración inexacta o reticente que no

obedece a dolo o culpa inexcusable. Según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 2) de las Condiciones Generales.

- c) Presentación de una solicitud de pago de un siniestro fraudulento, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 3) y el Artículo N° 18 de las Condiciones Generales.
- d) Ejercicio por parte del asegurado titular de su derecho de resolver el certificado sin expresión de causa, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 4) de las Condiciones Generales.
- e) Resolución de la Póliza por parte del Contratante, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a) de las Condiciones Generales.

II. Causales de nulidad

- a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable, según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 1) de las Condiciones Generales.
- b) Declaración inexacta de la edad a la fecha de contratación del seguro: el asegurado superaba la edad máxima de ingreso. Según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 2) de las Condiciones Generales.
- c) Ausencia de interés asegurable, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 3) de las Condiciones Generales.
- d) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 4) de las Condiciones Generales.

III. Causales de extinción

- a) Por mora en el pago de la prima por noventa (90) días sin que Crecer Seguros haya requerido su pago, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso b, numeral 4) de las Condiciones Generales.

INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado 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.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- **Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. De proceder la modificación, la COMPAÑÍA deberá proporcionar a EL CONTRATANTE suficiente documentación para que este, ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda si desea manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.**

- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros, por ejemplo, en la Declaración Personal de Salud.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- 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 No 29733 – DS No 003-2013-JUS)

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO 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. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, 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, 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 (i), 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 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 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 solicitados.

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. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:

- (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras 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; y
- (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.
3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de "Negación al consentimiento", de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Firma del asegurado titular_____
Firma del asegurado
adicional_____
Representante de
Creceer Seguros

Declaración Personal de Salud

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por 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, puede generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Datos del declarante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Tipo de crédito solicitado	Moneda	Monto solicitado	Plazo [indicar años/meses]
	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		
Entidad Financiera			

Dirección (avenida/calle/pasaje)		Nro.	Dpto./Int.	Piso
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento	
Referencia	Teléfono fijo	Celular 1	Celular 2	
Correo electrónico		Correo electrónico alternativo		

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información:

Estatura: _____ cms Peso _____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? Ninguno Menos de 5 Entre 5 – 25 Más de 25
 (Marque con un "X")

Según corresponda a su estado de salud marque con una "X":

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución / médica tratante	Médico Tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	Cardiopatía Coronaria Isquémica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otros. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras Enfermedades					

*: ET = En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

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 se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

Protección de Datos Personales (Ley No 29733 – DS No 003-2013-JUS)

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicitado, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

Firma del declarante _____
Nombres y apellidos _____
Documento de identidad _____
Fecha _____

Nombres y apellidos del
funcionario receptor

Firma del
funcionario receptor

Correo electrónico del
funcionario receptor

Declaración Personal de Salud

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por 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 efectuada con dolo o culpa inexcusable, puede generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Datos del declarante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Tipo de crédito solicitado	Moneda	Monto solicitado	Plazo [indicar años/meses]
	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: ____ cms Peso ____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? Ninguno Menos de 5 Entre 5 – 25 Más de 25
 (Marque con un "X")

Según corresponda a su estado de salud marque con una "X":

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
Cáncer	Cáncer de colon	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de mama	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de páncreas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de piel o melanoma maligno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de próstata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de pulmón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de tiroides	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de útero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer intracerebral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Cáncer con metástasis (afecta a dos o más órganos)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
	Otros. Especifique:				
Diabetes	Diabetes no tratada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Diabetes tratada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Enfermedad renal	Insuficiencia renal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Enfermedades cardiovasculares	Cardiopatía coronaria isquémica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Hipertensión arterial tratada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Hipertensión arterial no tratada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Falla cardíaca crónica (Fase III o IV) sin posibilidad de revascularización SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otros. Especifique:				
Enfermedades neurológicas	Enfermedad neurológica degenerativa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Epilepsia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Infarto cerebral o Isquemia cerebral SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Enfermedades psiquiátricas	Depresión SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Depresión con antecedente de intento de suicidio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Trastorno bipolar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otros. Especifique:				
Enfermedades respiratorias	Apnea del sueño SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	EPOC (Bronquitis crónica) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	EPOC (Enfisema) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Fibrosis pulmonar avanzada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
SIDA	SIDA estadio C SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Otras enfermedades crónicas	Cirrosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Lupus no controlado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Obesidad mórbida SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otros. Especifique:				

*: ET = En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

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 se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

Protección de Datos Personales (Ley No 29733 – DS No 003-2013-JUS)

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicitado, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

Firma del declarante _____

Nombres y apellidos _____

Documento de identidad _____

Fecha _____

Solicitud de Seguro de Desgravamen Monto Original

Para los tipos de crédito: <xxx>, <xxx>, <xxx>

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

Características del Seguro

ASEGURADO	
Persona Natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Edad máxima de ingreso al seguro: Edad máxima de permanencia:	
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)	
Monto original del crédito del asegurado titular.	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del crédito. Fin de vigencia: el fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidéz total permanente (ITP)	La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.

7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación técnica del certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura adicional	Descripción	Beneficiario(s)
<xxx>	<xxx>	<xxx>
<xxx>	<xxx>	<xxx>
<xxx>	<xxx>	<xxx>

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Tasa prima mensual: La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta. Según la condición de salud específica del ASEGURADO (titular o adicional), la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

Tipo de Crédito	Tasa prima mensual Asegurado titular	Tasa prima mensual Asegurado titular y adicional
<xxx>		
<xxx>		
<xxx>		

<xxx>		
<p>La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las pólizas de vida están inafectas de IGV. Además no existen cargos por la contratación de comercializadores. La COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR una comisión por servicio de recaudación de primas que no se carga a la prima comercial que paga el ASEGURADO.</p>		
<p>Prima comercial: Equivale a la <i>Tasa prima mensual</i> multiplicada por la suma asegurada. En el cronograma de pagos del crédito se encontrará la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo tal y como se señala en el Certificado de Seguro.</p>		
<p>Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en los documentos contractuales del crédito. Los pagos efectuados por el ASEGURADO al Comercializador serán considerados como pagados a Creceer Seguros.</p>		
BENEFICIARIOS		
Beneficiario	La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).	
Beneficiario(s) adicional(es)	El asegurado en caso de ITP o los herederos legales en caso de muerte, por la diferencia que exista entre el monto original del crédito y el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos). Se podrá designar beneficiario(s) adicional(es) distintos a los herederos legales, en la presente Solicitud o durante la relación contractual, según lo señalado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.	
EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)		
<p>No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 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. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito. 4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito. 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 al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente). 		

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros.

- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- **He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos de más de XXX.**
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a 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 se materialice.
- **Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Creceer Seguros, los cuales son:
 1. Ingresar a la página web de Creceer Seguros: www.creceerseguros.pe
 2. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
 3. Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

La COMPAÑÍA entregará los certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; de conformidad con el Artículo 14 de la resolución 3199-2013.

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer Seguros 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 su solicitud.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales.

Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

(*) Campos obligatorios

Protección de Datos Personales (Ley No 29733 – DS No 003-2013-JUS)

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO 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. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, 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, 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 (i), 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 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 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 solicitados.

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. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
 - (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras 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; y
 - (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de “Negación al consentimiento”, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

Firma del solicitante _____ Nombres y apellidos _____ Documento de identidad _____ Fecha _____	Firma _____ Nombres y apellidos _____ Documento de identidad _____ Fecha _____
SOLICITANTE	FIRMANTE ADICIONAL DEL CRÉDITO

Entidad Financiera	Agencia	Nombres y Apellidos del Funcionario	Correo electrónico del Funcionario
--------------------	---------	-------------------------------------	------------------------------------