

**RESUMEN - SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO****INFORMACIÓN GENERAL****1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú.
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
- Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe)

**2. ¿Cuál es la vigencia de la póliza de seguros?**

El seguro estará vigente desde la fecha de inicio del crédito otorgado por la Entidad Financiera, hasta la cancelación total del crédito, fecha en que el asegurado titular o adicional, cuando corresponda, cumpla la edad máxima de permanencia; o cuando ocurra un evento asegurado, lo que ocurra primero.

**3. ¿Cuál es el monto de la prima comercial?**

XXX

**4. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?**

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). Las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza.

Además de las coberturas básicas, se podrán otorgar coberturas adicionales, siempre que hayan sido contratadas. En ese caso, las coberturas adicionales se listarán en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

**5. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?**

El Seguro de Desgravamen no pagará el siniestro cuando ocurra como consecuencia de:

- a. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
- b. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.
- g. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).



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

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

**6. ¿Cuáles son los canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro?**

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario, 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), a efectos de tener la debida orientación.

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO**
**Póliza N° “X”**
**Certificado N° “X”**
**PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: XXX**

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| <p>Persona Natural que en sí 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.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| <p>Para los créditos: XXX</p> <p>Edad mínima de ingreso al seguro: xxx</p> <p>Edad máxima de ingreso al seguro: xxx</p> <p>Edad máxima de permanencia:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| VIGENCIA DEL SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| <p><b>Inicio de vigencia:</b> Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.</p> <p><b>Fin de vigencia:</b> 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.</p>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |
| 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 ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> <li>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</li> <li>6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</li> <li>7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</li> </ol> <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</p> |           |  |

**Certificado de Seguro de Desgravamen Saldo****Código SBS: XXXX**

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

**DATOS DEL SEGURO**

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Póliza N°</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Certificado N°</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Eventos asegurados</b><br>(Riesgo cubiertos) | Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente.                                                                                                                                       |
| <b>Monto del seguro</b><br>(Suma Asegurada)     | Saldo no pagado del capital, es decir saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado. Monto máximo: XXX                                                                                         |
| <b>Beneficiario</b>                             | Entidad Financiera que otorga el crédito.                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Inicio de vigencia</b>                       | Fecha de inicio del crédito.                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Fin de vigencia</b>                          | 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. |
| No aplican deducibles, franquicias o similares. |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

|                           |                                             |                     |              |
|---------------------------|---------------------------------------------|---------------------|--------------|
| <b>Razón social</b>       | Creceer Seguros S.A.<br>Compañía de Seguros | <b>RUC</b>          | 20600098633  |
| <b>Dirección</b>          | Av. Jorge Basadre 310, piso 2               | <b>Distrito</b>     | San Isidro   |
| <b>Provincia</b>          | Lima                                        | <b>Departamento</b> | Lima         |
| <b>Correo electrónico</b> | gestionalcliente@creceerseguros.pe          | <b>Teléfono</b>     | (01) 4174400 |

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

|                     |  |                     |  |
|---------------------|--|---------------------|--|
| <b>Razón social</b> |  | <b>RUC</b>          |  |
| <b>Dirección</b>    |  | <b>Distrito</b>     |  |
| <b>Provincia</b>    |  | <b>Departamento</b> |  |
| <b>Teléfono</b>     |  |                     |  |

**DATOS DEL CRÉDITO**

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

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

|                                                          |                                    |                                                       |                       |                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Apellido paterno</b>                                  | <b>Apellido materno</b>            | <b>Primer nombre</b>                                  | <b>Segundo nombre</b> | <b>Nacionalidad</b>  |
|                                                          |                                    |                                                       |                       |                      |
| <b>Tipo de documento</b>                                 | <b>N° de documento</b>             | <b>Género</b>                                         | <b>Estado civil</b>   | <b>Fecha de nac.</b> |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE |                                    | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                       | / /                  |
| <b>Teléfono fijo</b>                                     | <b>Teléfono celular</b>            | <b>Correo electrónico</b>                             | <b>Ocupación</b>      |                      |
|                                                          |                                    |                                                       |                       |                      |
| <b>Dirección del domicilio</b>                           | <b>N° / Mz. / Lt.</b>              | <b>Distrito</b>                                       | <b>Provincia</b>      |                      |
|                                                          |                                    |                                                       |                       |                      |
| <b>Departamento</b>                                      | <b>Relación con el contratante</b> |                                                       |                       |                      |
|                                                          | Cliente titular del crédito.       |                                                       |                       |                      |

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL**

|                         |                         |                      |                       |                     |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Apellido paterno</b> | <b>Apellido materno</b> | <b>Primer nombre</b> | <b>Segundo nombre</b> | <b>Nacionalidad</b> |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|

|                                                          |                                    |                                                       |                     |                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>Tipo de documento</b>                                 | <b>Nº de documento</b>             | <b>Género</b>                                         | <b>Estado civil</b> | <b>Fecha de nac.</b> |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE |                                    | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                     | / /                  |
| <b>Correo electrónico</b>                                | <b>Relación con el contratante</b> |                                                       |                     |                      |
|                                                          | Firmante adicional del crédito.    |                                                       |                     |                      |

### CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Para los créditos: XXX

Edad mínima de ingreso: xxx

Edad máxima de ingreso al seguro: xxxx

Edad máxima de permanencia: XXX

### COBERTURAS DEL SEGURO

| Cobertura <sup>1</sup>           | 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 <b>enfermedad</b> 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 la ITP que ocurra como consecuencia de un <b>accidente</b> ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente, y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> <li>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</li> <li>6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</li> <li>7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</li> </ol> <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 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</p> |

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF". |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

### CLÁUSULAS ADICIONALES

En este caso, solo se detallan las coberturas adicionales, que han sido previamente aceptadas y contratadas por el ASEGURADO, en la solicitud de seguro y cuya contratación tiene un costo adicional detallado en el Precio del Seguro (Prima) que fue aceptado previamente por el ASEGURADO y se detalla en este documento.

| Cobertura adicional | Descripción | Suma asegurada y condiciones                                                                                                                                                          |
|---------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <xxx>               | <xxx>       | Suma asegurada: xxx<br><b>Periodo de Carencia: xxx</b><br>Deducible: xxx<br>Otras condiciones que corresponda, según contratación de cláusulas adicionales: xxxx<br>Beneficiario: xxx |

### EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

El Seguro de Desgravamen no pagará ante la ocurrencia del evento asegurado (sinistro) cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo** (por ejemplo: seguridad privada).
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

### Exclusiones de las coberturas adicionales:

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:

xxx

#### PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial\*:

“X” (Prima por coberturas principales)

“Y” (En caso el ASEGURADO acepto la contratación de cláusulas adicionales)

La prima comercial se encuentra en el cronograma de pagos del crédito, separada y sumada a la cuota del préstamo. No incluye TCEA.

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
- Cargos por la comercialización de promotores de seguros: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: XXX

**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 pagos a Creceer Seguros.

**Gastos administrativos:** XXX

#### ¿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@creceerseguros.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?

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente. Para estos efectos, 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios<sup>2</sup> requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.                                                                                                                                                                                                         | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Certificado de Necropsia <sup>3</sup> (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                              |                | ✓                 |                    |                   |
| Protocolo de Necropsia <sup>3</sup> (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | ✓                 |                    |                   |
| Atestado Policial Completo <sup>3</sup> (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico <sup>3</sup> (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. 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 Público, y es adicional al Dosaje etílico. |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| Dictamen o Certificado médico de Invalidez emitido por COMAFP <sup>4</sup> ; COMEC <sup>5</sup> ; ESSALUD; o MINSA, en original o en certificación de reproducción notarial <sup>6</sup> .                                                                                                                                                                                                                                          |                |                   | ✓                  | ✓                 |
| Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para créditos mayores a S/. XXX o USD XXX). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓              |                   | ✓                  | ✓                 |
| 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).                                                                                                                                                                                                                                                                | ✓              | ✓                 | ✓                  | ✓                 |

<sup>2</sup> Creceer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S), deberá solicitarlos 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.

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

<sup>4</sup> COMAFP: Comité Médico de las AFP.

<sup>5</sup> COMEC: Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

<sup>6</sup> MINSA: Ministerio de Salud.

Para las coberturas adicionales, en caso el ASEGURADO las haya contratado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que se solicite:

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

|                 | Cobertura adicional X | Cobertura adicional Y | Cobertura adicional Z |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <Documento xxx> |                       |                       |                       |
| <Documento 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.

#### 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 Creceer Seguros. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago, se consideran abonados a Creceer Seguros en la fecha de realización del pago.
- 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. En tal sentido, Creceer Seguros pone a disposición la copia de la Póliza en su página web [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe).
- Creceer 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.**

#### 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 Creceer 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 Creceer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- 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.

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

Fecha de emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del asegurado titular

Firma del asegurado adicional

Representante de  
Creceer Seguros

|  |                                                                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”. |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<sup>1</sup> 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.

#### MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

Saldo no pagado del capital, es decir, saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado. Monto máximo: XXXX

#### 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) | Ninguno. |
|-------------------------------|----------|

#### CLÁUSULAS ADICIONALES

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento. En ese sentido, el Asegurado:

- ☐ Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento y reconoce que ésta(s) representa(n) un costo adicional señalado en el Precio del Seguro (Prima) detallado este documento.
- ☐ No Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento.

En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales, que aplicarán, siempre y cuando, el ASEGURADO las haya aceptado:

| Cobertura Adicional | Descripción | Suma asegurada y condiciones                                                                                                                         |
|---------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <xxx>               | xxxx        | Suma Asegurada: xxx<br>Periodo de Carencia: xxx<br>Deducible: xxx<br>Otras condiciones según la cláusula adicional contratada: xxxx<br>Beneficiario: |

#### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

**Prima comercial (estándar):**

“X” (Prima por coberturas principales)

“Y” (En caso el ASEGURADO acepte la contratación de cláusulas adicionales)

Según la condición de salud específica del asegurado (titular o adicional), la prima comercial que le corresponde podría ser diferente al estándar indicado.

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

La prima comercial se encuentra en el cronograma de pagos del crédito, separada y sumada a la cuota del préstamo. No incluye TCEA.

**La prima comercial incluye:**

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
- Cargos por la comercialización de promotores de seguros: XXX
- Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: XXX

**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.

**Gastos administrativos: XXX**

#### 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. 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 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 invalidez total permanente).

**Exclusiones de las coberturas adicionales:**

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:

xxx

**¿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@creceerseguros.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?**

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente. Para estos efectos, 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios<sup>2</sup> requeridos para solicitar el pago del siniestro:

| Documentos Obligatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.                                                                                                                                                                                                         | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Certificado de Necropsia <sup>3</sup> (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                              |                | ✓                 |                    |                   |
| Protocolo de Necropsia <sup>3</sup> (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | ✓                 |                    |                   |
| Atestado Policial completo <sup>3</sup> (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>3</sup> (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. 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 Público, y es adicional al Dosaje etílico. |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| 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/. XXX o USD XXX). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓              |                   | ✓                  | ✓                 |
| 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).                                                                                                                                                                                                                                                                | ✓              | ✓                 | ✓                  | ✓                 |

<sup>2</sup> Creceer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos 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.

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

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el ASEGURADO las haya aceptado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional 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.

#### 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. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Creceer Seguros en la fecha de realización del pago.
- 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. En tal sentido, Creceer Seguros pone a disposición la copia de su Póliza en su página web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).
- 

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

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

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<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  
Notariales  
Mensajería  
Seguridad  
Archivo y custodia de documentos  
Auditoría y consultoría

Atención médica  
Telecomunicaciones  
Consultoría legal  
Asistencia  
Plataformas tecnológicas  
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 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 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.

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.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>

**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

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO**

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

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

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Saldo de Creceer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración inexacta o reticente 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 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 Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario serán los mismos consignados 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (INCLUIDO ASEGURADO ADICIONAL) 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 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 párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. La Solicitud- Certificado podrá ser enviado 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](http://www.creceerseguros.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.
4. 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.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@crecerseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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 Solicitud-Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

| 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. |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Firma del solicitante</b> |  |
|------------------------------|--|

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| <b>Firma del firmante adicional del crédito</b> |  |
|-------------------------------------------------|--|

---

Nombres y Apellidos del Vendedor

---

Correo electrónico del Vendedor

## Solicitud de Seguro de Desgravamen Saldo

Para los tipos de crédito: <XXXX>

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

### Características del Seguro

| DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|
| Nombre o Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | RUC       |  |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| Distrito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Provincia |  |
| Departamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Teléfono  |  |
| ASEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| Persona Natural que en sí 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| Para los créditos: XXX<br>Edad mínima de ingreso:<br>Edad máxima de ingreso al seguro:<br>Edad máxima de permanencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| Saldo no pagado del capital, es decir saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado. Monto máximo: XXXX                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| VIGENCIA DEL SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| <b>Inicio de vigencia:</b> Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE. <b>Fin de vigencia:</b> 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) <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |  |
| Muerte natural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |  |
| Muerte accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |  |
| Invalidez 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.<br><br>Este seguro cubre la ITP causada por una <b>enfermedad</b> 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.<br><br>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un <b>accidente</b> ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más |           |  |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Invalidez total permanente (ITP)</b> | <p>tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> <li>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</li> <li>6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</li> <li>7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</li> </ol> <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 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> |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

#### CLÁUSULAS ADICIONALES

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento. En ese sentido, el Asegurado:

- ☐ Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento y reconoce que ésta(s) representa(n) un costo adicional señalado en el Precio del Seguro (Prima) detallado en este documento.

☐ No Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento.

En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales, que aplicarán, siempre y cuando, el ASEGURADO las haya aceptado:

| Cobertura adicional | Descripción | Suma Asegurada y condiciones                                                                                                                                    |
|---------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <xxx>               | <xxx>       | Suma Asegurada: xxx<br><b>Periodo de Carencia: xxx</b><br>Deducible: xxx<br>Beneficiario: xxx<br>Otras condiciones según la cláusula adicional contratada: xxxx |

#### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

**Prima comercial: XXX**

| Tipo de crédito | XXX<br>Asegurado titular       |                                    | XXX<br>Asegurado titular y adicional |                                    |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
|                 | X (por coberturas principales) | Y (incluye coberturas adicionales) | X (por coberturas principales)       | Y (incluye coberturas adicionales) |
| <XXXX>          |                                |                                    |                                      |                                    |
| <XXXX>          |                                |                                    |                                      |                                    |
| <XXXX>          |                                |                                    |                                      |                                    |
| <XXXX>          |                                |                                    |                                      |                                    |

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 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

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

**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 Crecer Seguros.

**Gastos administrativos: XXX**

#### 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ninguno. |
| <b>EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |
| <p><b>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:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Preexistencia:</b> condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.</li> <li>2. <b>Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).</b></li> <li>3. <b>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.</b></li> <li>4. <b>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.</b></li> <li>5. <b>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.</b></li> <li>6. <b>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.</b></li> <li>7. <b>Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).</b></li> </ol> <p><b>EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:</b><br/> <b>La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:</b><br/> <b>XXX</b></p> |          |

### 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 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 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.**
- 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (incluido ASEGURADO ADICIONAL) 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:

- (i) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
- (ii) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
- (iii) dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal de la web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe) y seguir lo siguientes paso:
  - 1) 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.
  - 2) Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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 del Certificado 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 seguro, que contrato 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 cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS 4143-2019.

#### Protección 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 proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, 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 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**

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

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.

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

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Documento de  
identidad \_\_\_\_\_

Documento de  
identidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

**FIRMANTE ADICIONAL  
DEL CRÉDITO**

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos del  
Funcionario

Correo electrónico del  
Funcionario

## 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 pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

### Datos del declarante

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

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

### 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"/> |                      |         |                               |                 |

| Grupo de enfermedad                                 | Enfermedad diagnosticada                                                                | Fecha de diagnóstico | Estado* | Institución / médica tratante | Médico Tratante |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-------------------------------|-----------------|
|                                                     | 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 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)

Creceer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados 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 haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Creceer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291,

respectivamente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

<sup>1</sup> <https://www.crecerseguros.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.

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 efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

### Datos del declarante

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

### Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información:

Estatura: \_\_\_\_ cms      Peso \_\_\_\_ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes?  
(Marque con un "X")

☐ Ninguno   ☐ Menos de 5   ☐ Entre 5 – 25   ☐ Más de 25

Según corresponda 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 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"/>              |                      |         |                             |                 |

| Grupo de enfermedad           | Enfermedad diagnosticada                                                                                                            | Fecha de diagnóstico | Estado* | Institución médica tratante | Médico tratante |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------------------------|-----------------|
|                               | Cáncer con metástasis (afecta a dos o más órganos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                          |                      |         |                             |                 |
|                               | 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)

Creceer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados 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 haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Creceer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.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.

Firma del declarante \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_