

Certificado de Seguro de Desgravamen con Devolución
Código SBS: XXXX

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

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente y Sobrevivencia.
Monto del seguro (Suma Asegurada)	Cobertura de Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente: 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. Cobertura de Sobrevivencia: Devolución del XX% de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV).
Beneficiario	XXX
Inicio de vigencia	Fecha de inicio del crédito.
Fin de vigencia	El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro, o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.
No aplican deducibles, franquicias o similares.	

DATOS DE LA ASEGURADORA

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL CRÉDITO

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

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

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

	Cliente titular del crédito.
--	------------------------------

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Correo electrónico	Relación con el contratante			
	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 ¹	Descripción
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 que seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente acaecido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>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</p>

	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”.
Sobrevivencia	En caso el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia pactada en su Certificado, LA COMPAÑÍA pagará a favor del ASEGURADO titular el porcentaje de devolución de las primas pagadas sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV), según la suma asegurada indicada en este documento. La cobertura aplicará, siempre y cuando, no se haya pagado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, ni la cobertura de muerte.

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

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

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

- 1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.**
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial: XXX

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: XXX

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa XXX. El interés moratorio se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

En caso apliquen, gastos de cobranza u otros por incumplimiento de pago: XXX

Los pagos de la cuota mensual efectuados por el asegurado al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

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

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

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 Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.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, así como, tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si es que se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para 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 obligatorios² requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente	Sobrevivencia
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 medico 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).	✓	✓			

	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente	Sobrevivencia
Certificado de Necropsia ³ (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 ³ (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓			
Atestado Policial Completo ³ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓	
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ³ (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 Publico, y es adicional al Dosaje etílico.		✓		✓	
Dictamen o Certificado médico de Invalidez emitido por COMAFP ⁴ ; COMEC ⁵ ; ESSALUD; o MINSA, en original o en certificación de reproducción notarial ⁶ .			✓	✓	
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.	✓		✓	✓	
Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple).	✓	✓	✓	✓	✓
Copia Simple de DNI del ASEGURADO					✓
Solicitud simple según formato entregado por LA COMPAÑÍA					✓

² Crecer 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.

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

⁴ COMAFP: Comité Médico de las AFP.

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

⁶ MINSA: Ministerio de Salud.

Crecer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo

requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o de la SBS, en caso el Asegurado o Beneficiario no dieran su autorización. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

DERECHO DE RESCATE:

El ASEGURADO podrá ejercer su derecho de rescate, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Que se encuentre al día en el pago de las primas del seguro,
- Que no se haya efectuado el pago de las coberturas de muerte o Invalidez Total y permanente,
- Se realice una cancelación total y/o anticipada del crédito a la entidad Financiera o Persona Jurídica indicada como Beneficiaria en la póliza, cuando corresponda.
- Hayan transcurrido dos (02) años desde el inicio de vigencia de su Solicitud-certificado o certificado, conforme a los valores de rescate establecidos en la Tabla de derecho de rescate desarrollada en este documento, que forman parte de la presente póliza, previa deducción de cualquier deuda que el ASEGURADO tuviera con LA COMPAÑÍA

TABLA DE DERECHO DE RESCATE:

Fecha de Terminación de la Póliza/Crédito	XXXX Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV
XXXX	XX.XX%

Para el ejercicio del derecho de rescate, el ASEGURADO deberá realizar su solicitud de correo electrónico o presencial a la COMPAÑÍA, debiendo para ello, presentar copia simple de su documento de identidad y un documento (original o copia simple) que acredite no tiene deuda pendiente con la Entidad Financiera o Persona Jurídica (Beneficiario) señalada en este Certificado de seguro. LA COMPAÑÍA dará respuesta al ASEGURADO en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud. Una vez efectuado el rescate, cesa toda obligación posterior de parte de la COMPAÑÍA, por término del contrato.

INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer 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 Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó. En tal sentido, Crecer Seguros pone a disposición la copia de la Póliza en su página web www.crecerseguros.pe.

- **Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. De proceder la modificación 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 Crecer Seguros, por ejemplo, en la Declaración Personal de Salud.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- Los Beneficiarios y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en su Certificado o Solicitud-Certificado de seguro, con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán obligados a devolver el beneficio recibido cuando LA COMPAÑÍA ejerza las acciones legales correspondientes, devolución a realizar a la Compañía juntamente con la deducción de los siguientes gastos: XXX
- 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 o Persona Jurídica, 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.

Fecha de emisión: ___ / ___ / _____

Firma del asegurado titular

Firma del asegurado adicional

Representante de
Crecer Seguros

RESUMEN - SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**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
- Correo electrónico: gestionalcliente@creceseguros.pe

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

XXX

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) y sobrevivencia. Las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza.

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; ; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.

- 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).

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



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

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, a efectos de tener la debida orientación.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN
Póliza N° “X”
Solicitud -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	
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 o Persona Jurídica.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Para los créditos: XXX Edad mínima de ingreso al seguro: xxx Edad máxima de ingreso al seguro: xxx Edad máxima de permanencia: xxx	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE. Fin de vigencia: El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro, o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP)	La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente acaecido 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP). La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas), 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”.

Sobrevivencia	En caso el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia pactada en su Solicitud-Certificado, LA COMPAÑÍA pagará a favor del ASEGURADO titular el porcentaje de devolución de las primas pagadas sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV), según la suma asegurada indicada en este documento. La cobertura aplicará siempre y cuando que no se haya pagado la cobertura de Invalidez Total y Permanente ni la cobertura de muerte.
---------------	---

¹ 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)

Cobertura de Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente: 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.

Cobertura de Sobrevivencia: Devolución del XX% de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV)..

BENEFICIARIOS

Beneficiario	XXX
Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial (estándar): "X"

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: XXX

En caso de mora, LA COMPAÑÍA podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo con la tasa XX. El interés moratorio se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

En caso apliquen, gastos de cobranza u otros por incumplimiento de pago: XXX

Los pagos efectuados por el ASEGURADO al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

- 1. Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. 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; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de incapacidad total).**

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

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

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 Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.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, así como, tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si es que se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para 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 obligatorios² requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente	Sobrevivencia
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 ³ (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 ³ (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓			
Atestado Policial completo ³ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓	
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ³ (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.	✓		✓	✓	
Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple).	✓	✓	✓	✓	✓
Copia Simple del DNI del ASEGURADO					✓
Solicitud simple según formato entregado por LA COMPAÑÍA					✓

² Crecer 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.

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

Crecer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o de la SBS en caso el Asegurado o Beneficiario no dieran su autorización. 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 Crecer Seguros. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer 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 Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó. En tal sentido, Crecer Seguros pone a disposición la copia de su Póliza en su página web www.creceseguros.pe.

CLÁUSULAS DE 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”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

 SI

 NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

 SI

 NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

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

DERECHO DE RESCATE

El asegurado podrá ejercer su derecho de rescate, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Que se encuentre al día en el pago de las primas del seguro,
- Que no se haya efectuado el pago de las coberturas de muerte o Invalidez Total y permanente,
- Se realice una cancelación total y/o anticipada del crédito a la entidad Financiera o Persona Jurídica indicada como Beneficiaria en la póliza, cuando corresponda.
- Hayan transcurrido dos (02) años desde el inicio de vigencia de su Solicitud-certificado o certificado, conforme a los valores de rescate establecidos en la Tabla de derecho de rescate establecida este documento, previa deducción de cualquier deuda que el ASEGURADO tuviera con LA COMPAÑÍA

TABLA DE DERECHO DE RESCATE:

Fecha de Terminación de la Póliza/Crédito	XXX Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV
XXXX	XX.XX%

Para el ejercicio del derecho de rescate, el ASEGURADO deberá realizar su solicitud a través de correo electrónico o presencial, a LA COMPAÑÍA, debiendo para ello, presentar copia simple de su documento de identidad y un documento (original o copia simple) que acredite no tiene deuda pendiente con la Entidad Financiera o Persona Jurídica (Beneficiario) señalada en esta Solicitud -Certificado de seguro. LA COMPAÑÍA dará respuesta al ASEGURADO en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud. Una vez efectuado el rescate, cesa toda obligación posterior de parte de la COMPAÑÍA, por término del contrato.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

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

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer 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 falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos de más de XXX.
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi solicitud-certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi solicitud-certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.
- Los Beneficiarios y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en su Certificado o Solicitud-Certificado de seguro, con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán obligados a devolver el beneficio recibido cuando la Compañía ejerza las acciones legales correspondientes, devolución a realizar a la Compañía juntamente con la deducción de los siguientes gastos: XXX 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 serán los mismos consignados por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera o Persona Jurídica, 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, 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.creceseguros.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.								

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

Firma del firmante adicional del crédito	
---	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

Solicitud de Seguro de Desgravamen con Devolución

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 o Persona Jurídica.			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Para los créditos: XXX Edad mínima de ingreso: Edad máxima de ingreso al seguro: Edad máxima de permanencia:			
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)			
Cobertura de Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente: 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. Cobertura de Sobrevivencia: Devolución del XX% de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV).			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.			
Fin de vigencia: El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹			
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.		
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.		
Invalidez total permanente (ITP)	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.		

Invalidez total permanente (ITP)	<p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente acaecido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>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>
Sobrevivencia	<p>En caso el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia pactada en su Certificado, LA COMPAÑÍA pagará a favor del ASEGURADO titular el porcentaje de devolución de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV), según la suma asegurada indicada en este documento. La cobertura aplicará siempre y cuando que no se haya pagado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, ni la cobertura de muerte.</p>

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

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial: XXX

Tipo de crédito	XXX Asegurado titular	XXX Asegurado titular y adicional
<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 XXX

Beneficiario(s) adicional(es) Ninguno.

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 comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

DERECHO DE RESCATE

El ASEGURADO podrá ejercer su derecho de rescate, siempre y cuando, cumpla con las siguientes condiciones:

- a)** Que se encuentre al día en el pago de las primas del seguro,
- b)** Que no se haya efectuado el pago de las coberturas de muerte o Invalidez Total y permanente,
- c)** Se realice una cancelación total y/o anticipada del crédito a la entidad Financiera o Persona Jurídica indicada como Beneficiaria en la póliza, cuando corresponda.
- d)** Hayan transcurrido dos (02) años desde el inicio de vigencia de su certificado, conforme a los valores de rescate establecidos en la Tabla de derecho de rescate establecida en este documento, previa deducción de cualquier deuda que el ASEGURADO tuviera con LA COMPAÑÍA

TABLA DE DERECHO DE RESCATE:

Fecha de Terminación de la Póliza/Crédito	XXXX Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV
XXXX	XX.XX%

Para el ejercicio del derecho de rescate, el ASEGURADO deberá realizar su solicitud a través de correo electrónico o presencial a la COMPAÑÍA en las oficinas de la Aseguradora, debiendo

para ello, presentar copia simple de su documento de identidad y un documento (original o copia simple) que acredite no tiene deuda pendiente con la Entidad Financiera o Persona Jurídica (Beneficiario) señalada en su Certificado de seguro. LA COMPAÑÍA dará respuesta al ASEGURADO en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud. Una vez efectuado el rescate, cesa toda obligación posterior de parte de la COMPAÑÍA, por término del contrato.

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer 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 o Persona Jurídica, 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 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”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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.

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

SÍ 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



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

Firma del solicitante _____

Nombres y apellidos _____

Documento de
identidad _____

Fecha _____

SOLICITANTE

Firma _____

Nombres y apellidos _____

Documento de
identidad _____

Fecha _____

**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

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

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

Declaraciones y autorizaciones

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

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

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

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

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución / médica tratante	Médico Tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

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

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

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- Solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

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

Crecer 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”¹ 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 seguros²; 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 Crecer 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.

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.

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

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”¹ 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 seguros²; 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.

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.

Firma del declarante _____

Nombres y apellidos _____

Documento de identidad _____

Fecha _____