

**SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO**

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

**Características del Seguro**
**ASEGURADO**

Persona Natural residente en el Perú, cuya vida se asegura con esta Póliza. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.

**CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO**

Edad mínima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de permanencia: "X"

**VIGENCIA DEL SEGURO**

**Inicio de vigencia:** Fecha de emisión del Certificado de seguro.

**Fin de vigencia:** Fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un suceso asegurado; lo que ocurra primero.

**Renovación:** Anual automática.

**EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)**

Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>	Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>
Muerte natural o accidental	<b>Pago por fallecimiento:</b> Se otorgará un pago único al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado.	SI. "X"
	<b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación escolar del beneficiario, en caso de fallecimiento del asegurado. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año escolar en curso, con un máximo de 12 rentas en total <sup>2</sup> .	PLAN 1: SI. "A" PLAN 2: SI. "B" PLAN 3: SI. "C" PLAN 4: SI. "D" PLAN 5: SI. "E" PLAN 6: SI. "F"

<sup>1</sup> Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado del beneficiario menor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad que sea interdicto.

<sup>2</sup> Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento del asegurado o los inicie dentro del año del siniestro.

<sup>3</sup> No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.

**Importante:** este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

**CLÁUSULAS ADICIONALES**

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

Cobertura Adicional	Descripción
"X"	"X"
"X"	"X"

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima Comercial:** Es un pago anual anticipado o un pago mensual (12 pagos a fin de mes). No incluye TCEA.

	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
PLAN 1	S/.	S/.
PLAN 2	S/.	S/.
PLAN 3	S/.	S/.
PLAN 4	S/.	S/.
PLAN 5	S/.	S/.
PLAN 6	S/.	S/.

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores. La compañía pagará al Contratante/Comercializador una comisión por servicios de recaudación primas que no se carga a la prima comercial que paga el Asegurado. **Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.**

**Frecuencia de pago:** Anual o mensual, según lo solicitado por EL ASEGURADO.

**Lugar y forma de pago:** "XXX".

**BENEFICIARIOS**

Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en un centro educativo reconocido por el Estado Peruano, designado por el asegurado (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro.
--------------	---

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
4. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
5. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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.**

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

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:
  - (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
  - (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
- (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y

Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

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

**SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO**

				<b>Fecha</b>				
<b>Plan solicitado (marcar con una "X")</b>								
<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2	<input type="checkbox"/> PLAN 3	<input type="checkbox"/> PLAN 4					
<input type="checkbox"/> PLAN 5	<input type="checkbox"/> PLAN 6							

<b>Apellido paterno del Asegurado</b>						<b>Apellido materno del asegurado</b>					
<b>Nombres del asegurado</b>						<b>Tipo de documento</b>		<b>N° documento</b>			
						<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.					
<b>Nacionalidad</b>		<b>Género</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Estado civil</b>		<b>Ocupación</b>			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /							
<b>Dirección del domicilio</b>						<b>No / Mz. / Lt.</b>		<b>Distrito</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>		<b>Teléfono celular</b>		<b>Teléfono fijo</b>		<b>Correo electrónico</b>					
<b>Relación con el Beneficiario</b>											
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador											

<b>Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada</b>	
<b>Frecuencia:</b>	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Lugar y forma de pago:</b>	"XXX"

<b>Beneficiario (Nombres y apellidos)</b>		<b>Tipo de documento</b>		<b>N° de documento</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
		<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.				/ /	
<b>Centro Educativo</b>		<b>Grado / año</b>					

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando de Crecer Seguros.
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro.
  - He sido informado de los pasos para acceder al Certificado del Seguro Crece Estudiando, que será enviado por Crecer Seguros, los cuales son:
    1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe)
    2. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
    3. Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
    4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud.
- 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.
  - 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.

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

---

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

**CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO**

DATOS DEL SEGURO				
Póliza N°				
Certificado N°				
Producto / Plan / Código SBS				
Moneda				
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR				
Nombre o Razón social		RUC		
Dirección				
Distrito		Provincia		
Departamento		Teléfono		
DATOS DEL ASEGURADO				
Apellido paterno		Apellido materno		Segundo nombre
Primer nombre				
Tipo de documento		N° de documento		Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Dirección del Domicilio		N° / Mz. / Lt	Distrito	Provincia      Departamento
Teléfono fijo		Teléfono celular		Relación con el Contratante
		Cliente del Contratante		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO				
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"				
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"				
Edad máxima de permanencia: "X"				
VIGENCIA DEL SEGURO				
Inicio de vigencia: Fecha de emisión del Certificado de seguro.				
Fin de vigencia: Fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.				
Renovación: Anual automática.				
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)				
Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>		Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>	
Muerte natural o accidental	<b>Pago por fallecimiento:</b> Se otorgará un pago único al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado.		S/. "X"	
	<b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación escolar del beneficiario, en caso de fallecimiento del asegurado. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año escolar en curso, con un máximo de 12 rentas en total <sup>2</sup> .		PLAN 1: S/. "A" PLAN 2: S/. "B" PLAN 3: S/. "C" PLAN 4: S/. "D" PLAN 5: S/. "E" PLAN 6: S/. "F"	
<sup>1</sup> Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado del beneficiario menor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad que sea interdicto. <sup>2</sup> Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento del asegurado o los inicie dentro del año del siniestro. <sup>3</sup> No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.				
<b>Importante:</b> este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.				

**CLÁUSULAS ADICIONALES**

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

Cobertura Adicional	Descripción
"X"	"X"
"X"	"X"

**BENEFICIARIOS**

Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en un centro educativo reconocido por el Estado Peruano, designado por el asegurado (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro.
--------------	---

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

Prima Comercial: Es un pago anual anticipado o un pago mensual (12 pagos a fin de mes). No incluye TCEA.

	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
PLAN 1	S/.	S/.
PLAN 2	S/.	S/.
PLAN 3	S/.	S/.
PLAN 4	S/.	S/.
PLAN 5	S/.	S/.
PLAN 6	S/.	S/.

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores. La compañía pagará al Contratante/Comercializador una comisión por servicios de recaudación primas que no se carga a la prima comercial que paga el Asegurado. **Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.**

Frecuencia de pago: Anual o mensual, según lo solicitado por EL ASEGURADO.

Lugar y forma de pago: "XXX".

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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.

**¿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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

El beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá acercarse a las Oficinas del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Crecer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso.

	Muerte Natural	Muerte accidental
Documento Nacional de Identidad del beneficiario (copia simple).	✓	✓
Constancia de Matrícula de EL BENEFICIARIO que indique el periodo de estudios en curso <sup>4</sup> (copia simple).	✓	✓
Constancia de Tutela, curatela, partida de nacimiento o adopción <sup>5</sup> (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).	✓	✓
Certificado de Necropsia <sup>6</sup> (original o certificación de reproducción notarial).		✓
Atestado Policial Completo <sup>6</sup> (copia simple).		✓
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico <sup>6</sup> (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial).		✓

<sup>4</sup> Al inicio de cada periodo de estudios.

<sup>5</sup> Cuando el beneficiario sea un menor de edad o cuando sea un mayor de edad interdicto.

<sup>6</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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

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

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

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

<b>Defensoría del Asegurado</b> • Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima. • Página Web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> • Teléfono: (01) 4469158	<b>SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</b> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a> • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<b>INDECOPI</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: <a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a> • Teléfono: (01) 2247800	<b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.  <b>Vía Arbitral</b> Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

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

El Certificado puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 16 de las Condiciones Generales):

**I. Causales de resolución:**

- a) Incumplimiento del pago de la prima.
- b) Ejercicio del derecho de arrepentimiento.
- c) Rechazo o falta de pronunciamiento del asegurado a la revisión propuesta por Crecer Seguros debido a una declaración inexacta o reticente, que no obedezca a dolo o culpa inexcusable.
- d) Presentación de una solicitud de pago de un siniestro fraudulento.
- e) Ejercicio del derecho de resolución del Certificado por modificaciones autorizadas por el contratante en la Póliza.
- f) Por ejercicio por parte del ASEGURADO titular, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946 y artículo 20 de la Resolución SBS 3199-2013; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro.

**II. Causales de nulidad:**

- a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable.
- b) Declaración inexacta de la edad a la fecha de contratación del seguro: el asegurado superaba la edad máxima de ingreso.
- c) Ausencia de interés asegurable.
- d) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro.

**III. Causales de extinción:**

- a) Por muerte natural o accidental del asegurado.
- b) Por término de la vigencia pactada al inicio del contrato de seguro.
- c) Por incumplimiento en el pago de la prima por noventa (90) días desde el vencimiento de la obligación de pago.
- d) Cuando el asegurado cumple la edad máxima de permanencia.

IV. Cuando el seguro haya sido adquirido a través de EL COMERCIALIZADOR, fuera de promotor de venta o fuera de los establecimientos de LA COMPAÑÍA o del corredor, EL ASEGURADO podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, a fin de resolver el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el Certificado de Seguro o de firmada la Solicitud-Certificado.

**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.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante, y de acuerdo a la autorización dada por el asegurado al firmar la solicitud de Seguro. El Contratante 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 Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por el Contratante deberán ser comunicadas al asegurado con 45 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver el Certificado.
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

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

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

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

#### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro haber sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando de Crecer Seguros.
- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.
- 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.

<b>Firma del asegurado</b>		<b>Representante de Crecer Seguros</b>	
----------------------------	--	--	--

XX de XXXXXX de XXXX

Página 5 de 5

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO**

Póliza N° "X"

Certificado N° "X"

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 residente en el Perú, cuya vida se asegura con esta Póliza. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO		
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"		
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"		
Edad máxima de permanencia: "X"		
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: Fecha de emisión de la Solicitud-Certificado.		
Fin de vigencia: Fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.		
Renovación: Anual automática.		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>	Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>
Muerte natural o accidental	<b>Pago por fallecimiento:</b> Se otorgará un pago único al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado.	SI. "X"
	<b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación escolar del beneficiario, en caso de fallecimiento del asegurado. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año escolar en curso, con un máximo de 12 rentas en total <sup>2</sup> .	PLAN 1: SI. "A" PLAN 2: SI. "B" PLAN 3: SI. "C" PLAN 4: SI. "D" PLAN 5: SI. "E" PLAN 6: SI. "F"
<sup>1</sup> Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado del beneficiario menor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad que sea interdicto. <sup>2</sup> Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento del asegurado o los inicie dentro del año del siniestro. <sup>3</sup> No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.		
<b>Importante:</b> este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.		
CLÁUSULAS ADICIONALES		
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:		
Cobertura Adicional	Descripción	
"X"	"X"	
"X"	"X"	

CODIGO SBS N°

**BENEFICIARIOS**

Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en un centro educativo reconocido por el Estado Peruano, designado por el asegurado (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud-Certificado.
--------------	---

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima Comercial:** Es un pago anual anticipado o un pago mensual (12 pagos a fin de mes). No incluye TCEA.

	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
PLAN 1	S/.	S/.
PLAN 2	S/.	S/.
PLAN 3	S/.	S/.
PLAN 4	S/.	S/.
PLAN 5	S/.	S/.
PLAN 6	S/.	S/.

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores. La COMPAÑÍA pagará al Contratante/Comercializador una comisión por servicios de recaudación primas que no se carga a la prima comercial que paga el Asegurado. **Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.**

**Frecuencia de pago:** Anual o mensual, según lo solicitado por EL ASEGURADO.

**Lugar y forma de pago:** "XXX".

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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.

**¿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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

El beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá acercarse a las Oficinas del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

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

	Muerte Natural	Muerte accidental
Documento Nacional de Identidad del beneficiario (copia simple).	✓	✓
Constancia de Matrícula del beneficiario que indique el periodo de estudios en curso <sup>4</sup> (copia simple).	✓	✓
Constancia de Tutela, curatela, partida de nacimiento o adopción <sup>5</sup> (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).	✓	✓
Certificado de Necropsia <sup>6</sup> (original o certificación de reproducción notarial).		✓
Atestado Policial Completo <sup>6</sup> (copia simple)		✓
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico <sup>6</sup> (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial).		✓

<sup>4</sup> Al inicio de cada periodo de estudios.

<sup>5</sup> Cuando el beneficiario sea un menor de edad o cuando sea un mayor de edad interdicto.

<sup>6</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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

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

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

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

<b>Defensoría del Asegurado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a></li> <li>• Teléfono: (01) 4469158</li> </ul>	<b>SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)</li> </ul>
<b>INDECOPI</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (01) 2247800</li> </ul>	<b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.  <b>Vía Arbitral</b> Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

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

La Solicitud-Certificado puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 16 de las Condiciones Generales):

**I. Causales de resolución:**

- a) Incumplimiento del pago de la prima.
- b) Ejercicio del derecho de arrepentimiento.
- c) Rechazo o falta de pronunciamiento del asegurado a la revisión propuesta por Creceer Seguros debido a una declaración inexacta o reticente, que no obedezca a dolo o culpa inexcusable.
- d) Presentación de una solicitud de pago de un siniestro fraudulento.
- e) Ejercicio del derecho de resolución de la Solicitud-Certificado por modificaciones autorizadas por el contratante en la póliza.
- f) Por ejercicio por parte del ASEGURADO titular, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946 y artículo 20 de la Resolución SBS 3199-2013; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro.

**II. Causales de nulidad:**

- a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable.
- b) Declaración inexacta de la edad a la fecha de contratación del seguro: el asegurado superaba la edad máxima de ingreso.
- c) Ausencia de interés asegurable.
- d) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro.

**III. Causales de extinción:**

- a) Por muerte natural o accidental del asegurado.
- b) Por término de la vigencia pactada al inicio del contrato de seguro.
- c) Por incumplimiento en el pago de la prima por noventa (90) días desde el vencimiento de la obligación de pago.
- d) Cuando el asegurado cumple la edad máxima de permanencia.

**IV. Cuando el seguro haya sido adquirido a través de EL COMERCIALIZADOR, fuera de promotor de venta o fuera de los establecimientos de LA COMPAÑIA o del corredor, EL ASEGURADO podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, a fin de resolver el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el Certificado de Seguro o de firmada la Solicitud-Certificado.****FORMACIÓN ADICIONAL**

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Creceer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- Creceer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante, y de acuerdo a la autorización dada por el asegurado al firmar la Solicitud-Certificado de Seguro. El Contratante 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 Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por el Contratante deberán ser comunicadas al asegurado con 45 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver la Solicitud-Certificado.
- Creceer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

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

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

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

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO**

				<b>Fecha</b>				
<b>Plan solicitado (marcar con una "X")</b>								
<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2	<input type="checkbox"/> PLAN 3	<input type="checkbox"/> PLAN 4					
<input type="checkbox"/> PLAN 5	<input type="checkbox"/> PLAN 6							

<b>Apellido paterno del Asegurado</b>						<b>Apellido materno del asegurado</b>					
<b>Nombres del asegurado</b>						<b>Tipo de documento</b>			<b>N° documento</b>		
						<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.					
<b>Nacionalidad</b>		<b>Género</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Estado civil</b>		<b>Ocupación</b>			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /							
<b>Dirección del domicilio</b>						<b>No / Mz. / Lt.</b>		<b>Distrito</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Departamento</b>		<b>Teléfono celular</b>		<b>Teléfono fijo</b>		<b>Correo electrónico</b>					
<b>Relación con el Beneficiario</b>											
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador											

<b>Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada</b>	
<b>Frecuencia:</b>	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Lugar y forma de pago:</b>	"XXX"

<b>Beneficiario (Nombres y apellidos)</b>		<b>Tipo de documento</b>		<b>N° de documento</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
		<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.				/ /	
<b>Centro Educativo</b>		<b>Grado / año</b>					

<b>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>
<p>He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando de Crecer Seguros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.</li> <li>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.</li> <li>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 modifiquen las condiciones me asiste el derecho a resolver mi Solicitud-Certificado.</li> </ul>

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

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

XX de XXXX de XXXX

**RESUMEN - SEGURO CRECE ESTUDIANDO****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.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)

**2. ¿Cómo y dónde se efectúa el pago de la prima?**

El pago de la prima a cargo del asegurado titular debe realizarse según la frecuencia, lugar y forma de pago indicados en la Solicitud o Solicitud-Certificado. Los pagos efectuados por el asegurado al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

**3. ¿Cuál es el medio y plazo establecido para dar el aviso de siniestro?**

El beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe) o por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o al (0801) 17440 (para Provincias).

**4. ¿Cuáles son los lugares autorizados y el procedimiento para solicitar la cobertura del seguro?**

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas de Crecer Seguros o del Comercializador los documentos obligatorios señalados en el Artículo N° 17 de las Condiciones Generales.

Crecer Seguros deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria 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 del asegurado o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

**5. ¿Cuáles son los medios habilitados para presentar consultas y reclamos?**

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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

Además, para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial o la Vía Arbitral en caso corresponda.

- SBS: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima / (0800) 10840 (línea gratuita).
- Indecopi: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima / (01) 2247800.
- Defensoría del Asegurado: Calle Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima / (01) 4469158.

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO****6. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?**

El riesgo que está cubiertos por esta Póliza es la muerte (natural o accidental) del asegurado, a través de los beneficios de pago por fallecimiento y

renta estudiantil mensual; así como las coberturas adicionales que hayan sido contratadas.

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.

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

El seguro 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. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- d. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- 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 implican 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.

**8. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia en el seguro?**

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural residente en el Perú que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso y edad máxima de ingreso; indicados en el acápite 6 de las Condiciones Particulares.

**9. ¿Cómo se aplica el derecho de resolver el contrato?**

La Póliza y el Certificado podrán ser resueltos sin expresión de causa por el Contratante y por el

asegurado respectivamente, según lo indicado en el inciso a del Artículo N°16 de las Condiciones Generales.

**10. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la Póliza?**

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Con su firma en la Solicitud de seguro o Solicitud-Certificado EL ASEGURADO consiente que su Certificado o Solicitud-Certificado pueda ser modificado. De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de los ASEGURADOS. Las modificaciones así aprobadas por EL CONTRATANTE deberán ser comunicadas a EL ASEGURADO con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a su fecha de aplicación, de manera que éste pueda manifestar su voluntad de resolver el Certificado o Solicitud-Certificado.

**11. ¿Cuándo existe derecho de arrepentimiento?**

Cuando el seguro haya sido adquirido a través de EL COMERCIALIZADOR, promotor de venta o fuera de los establecimientos de LA COMPAÑÍA o del corredor, EL ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el Certificado de Seguro o de firmada la Solicitud-Certificado.

**IMPORTANTE**

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.