

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO CRECE PROTEGIDO**

**CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Solicitud-Certificado N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

<b>Denominación o Razón social:</b> Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros
<b>RUC:</b> 20600098633
<b>Domicilio:</b> Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.
<b>Teléfono:</b> Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
<b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:gestionalcliente@creceersegueros.pe">gestionalcliente@creceersegueros.pe</a>

<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>	<b>DATOS DEL COMERCIALIZADOR</b>
------------------------------	----------------------------------

<b>Nombre o Razón social:</b>	<b>Nombre o Razón social:</b>
<b>Documento de identidad o RUC:</b>	<b>Documento de identidad o RUC:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono:</b>

**DATOS DEL CORREDOR**

<b>Denominación Social</b>	<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Comisión</b>

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

<b>Nombres y Apellidos</b>				
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Correo electrónico</b>				<b>Teléfono</b>
<b>Dirección de domicilio</b>				

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (para cuando se contrate plan que incluya asegurado adicional)**

<b>Nombres y Apellidos</b>				
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Correo electrónico</b>				<b>Teléfono</b>
<b>Dirección de domicilio</b>				

**BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES**

Aplica para las coberturas principales en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.

**BENEFICIARIOS DE ASEGURADO TITULAR**

Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje

(\*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

**BENEFICIARIOS DE ASEGURADO ADICIONAL** El Asegurado Titular

**DATOS DEL SEGURO**

<b>Coberturas Principales</b>	Muerte Natural, Muerte Accidental.
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: ___/___/___
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: ___/___/___ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

**PRIMA SEGÚN PLAN SOLICITADO**

<input type="checkbox"/> <b>Plan 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Plan 2</b>
<input type="checkbox"/> <b>Titular</b>	<input type="checkbox"/> <b>Titular + Adicional</b>
<input type="checkbox"/> <b>Titular</b>	<input type="checkbox"/> <b>Titular + Adicional</b>

Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima ComercialPrima Comercial	XX
Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX

**Frecuencia de pago:** XXXX  
**Lugar y forma de pago:** XXXX

La prima comercial incluye:  
Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso):  
Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso):

#### 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"

#### COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
<b>Muerte Natural</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada indicada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.	<b>Suma asegurada: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b>
<b>Muerte Accidental</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b>	<b>Suma asegurada: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b>

#### CLAUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura	Descripción	Beneficiarios

**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.**

#### EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro 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 de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
- 4. Participación del beneficiario en actos ilegales que constituyan delito relacionado o que haya causado el siniestro de EL ASEGURADO.**
- 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito**

7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (solo para coberturas de invalidez total y permanente, cuando corresponda).

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

EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, deberá comunicar a Creceer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos en la tabla adjunta:

Documentos <sup>1</sup>	Muerte Natural	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia <sup>2</sup> es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial).		<input checked="" type="checkbox"/>
Protocolo de Necropsia <sup>2</sup> – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizarán al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple).		<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal <sup>2</sup> (copia simple).		<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>2</sup> (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial).		<input checked="" type="checkbox"/>
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Documento que acredite la filiación entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular <sup>3</sup> que puede ser: (a) Copia Certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de nacimiento del beneficiario, (b) Copia Certificada por el Poder Judicial de la Sentencia de adopción firme o de la Sentencia de declaración de paternidad firme, (c) Copia Certificada de la Partida Registral donde aparezca inscrito el contenido del Testamento, o (d) Documento de fecha cierta donde conste el reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial). O en su caso, documento que acredite el vínculo matrimonial entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular, consistente en Acta o Partida de Matrimonio (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

<sup>2</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

<sup>3</sup> Este documento se solicitará cuando la cobertura se solicite por la muerte natural o accidental del asegurado adicional.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada:

Documentos Obligatorios	Cobertura adicional XXX				Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX
<XXX>	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
<XXX>	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago, por escrito enviado al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en esta Solicitud-Certificado.

El pago será efectuado a EL ASEGURADO o BENEFICIARIOS, designados en esta Solicitud Certificado, según corresponda. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos.

## COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO TITULAR, al ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE o en esta solicitud-certificado de seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO TITULAR, ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (TITULAR O 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 la presente Póliza de Microseguro y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Microseguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Microseguro debe entenderse como Certificado o Solicitud Certificado de Seguro. La Póliza de Microseguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Microseguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Microseguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

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. LA COMPAÑÍA podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO TITULAR, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Microseguro que solicito por medio de este documento.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
- Las consultas, quejas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono, correo electrónico, carta física o a través de página Web Creceer Seguros dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción. Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de consultas, quejas o reclamos son:

### CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: [gestionalcliente@creceerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceerseguros.pe)
- Página web: [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe)
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440
- 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 o a la Vía Judicial.

<b>Defensoría del Asegurado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a></li> <li>• Teléfono: 01-4210614</li> </ul>	<b>Departamento de Servicio al Ciudadano - 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.

- Si el microseguro se adquiere mediante un comercializador a distancia, EL asegurado titular podrá ejercer su **derecho de arrepentimiento**, pudiendo resolver sin expresión de causa, y sin estar sujeto a penalidad alguna, la solicitud-certificado, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de ésta, siempre que su contratación no sea condición para la realización de una operación crediticia. En caso se ejercite este derecho, LA COMPAÑÍA devolverá el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de efectuada la solicitud. Para tal fin, EL ASEGURADO titular que quiera hacer uso de este derecho, según corresponda, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, durante la vigencia de la presente Solicitud-Certificado, EL ASEGURADO titular tiene derecho a resolver el contrato de seguro por decisión unilateral y sin expresión de causa, debiendo de comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una antelación no menor a 30 días a la fecha efectiva de resolución, debiendo presentar una solicitud adjuntando copia simple de su DNI y pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza. LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO titular la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en la Solicitud-Certificado de Seguro.
- Cuando el presente seguro haya sido comercializado a través de sistemas a distancia y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL ASEGURADO titular podrá resolver la Solicitud-Certificado de seguro, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado de seguro, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin EL ASEGURADO titular que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro, para resolverlo.
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.
- El incumplimiento de pago de la prima origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación. LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida. Para rehabilitar la cobertura, se tendrá que proceder al pago del total de las primas adeudadas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que se efectuó el pago.
- Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Solicitud-Certificado. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA comunicará a EL ASEGURADO titular su decisión de resolver la Solicitud- Certificado por falta de pago de prima, y la resolución operará desde el día en que se reciba la comunicación.

**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. Declaración respecto al uso de los datos personales**

EL ASEGURADO declara tener conocimiento que, con la suscripción del presente documento, acepta 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, evaluación y pago de siniestros, 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 el párrafo anterior, 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 nacionales y/o internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

EL ASEGURADO reconoce que el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en este punto, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados. 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. Consentimiento al Tratamiento de Datos Personales**

EL ASEGURADO autoriza en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de sus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarle o hacerle identificable por cualquier medio, así como a sus datos sensibles (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑÍA podrá:

- (i) Ofrecerle todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de LOS DATOS fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarle publicidad, comunicaciones e información relacionada a los asuntos antes mencionados, a través de sus diferentes canales;
- (ii) Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman el Grupo Económico de LA compañía, cuya relación se encuentra a su disposición en la página web [www.smv.gob.pe](http://www.smv.gob.pe), así como, con sus socios comerciales, dentro o fuera del país (flujo transfronterizo), con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros.

En caso, EL ASEGURADO no brinde y/o autorice el tratamiento de sus datos, LA COMPAÑÍA se encontrará impedido de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta, tal como se encuentra establecido en el numeral 1. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de LA COMPAÑÍA bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. EL ASEGURADO podrá revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberá presentar una solicitud escrita o completar los formularios puestos a su disposición, en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA. Para más información sobre la Política de Protección de Datos Personales de LA COMPAÑÍA, puede ingresar a la página web [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe).

No obstante haber suscrito el presente documento, en caso EL ASEGURADO no desee brindar el consentimiento para el tratamiento de LOS DATOS para las finalidades establecidas en el presente numeral, deberá marcar el siguiente recuadro:

No brindo mi consentimiento

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe). En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

Emitido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>Firma del Representante de Creceer Seguros</b>	<b>Firma del Solicitante (Asegurado Titular)</b>