

## Solicitud de Seguro Crece Emprendedor Código SBS N°

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

### Características del Seguro

ASEGURADO		
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se han declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO		
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: XXX		
Fin de vigencia: XXX		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>	Suma asegurada y condiciones
Muerte (natural o accidental)	<p><b>Servicio de sepelio:</b> Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites de sepelio.</li> <li>• Ataúd de madera.</li> <li>• Capilla ardiente.</li> <li>• Traslado, conducción e instalación del servicio.</li> <li>• Nicho o cremación en cualquier camposanto del país.</li> <li>• Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Crece Seguros indicará, hasta un límite de XXX. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sub límite de XXX.</li> <li>• Deducible: Ninguno.</li> <li>• Carencia: XXX</li> </ul>
Incapacidad total temporal (ITT) por accidente <sup>2</sup>	<p><b>Renta diaria hospitalaria<sup>3</sup>:</b> Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta diaria hospitalaria: <b>PLAN X: XXX</b> <b>PLAN XX: XXX</b></li> <li>• Deducible: XXX</li> <li>• Máximo XXXdías de hospitalización.</li> <li>• Carencia: XXX</li> </ul>
	<p><b>Renta mensual por descanso no hospitalario<sup>4</sup>:</b> Se pagará una renta mensual por cada treinta (30) días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta mensual por descanso no hospitalario: <b>PLAN 1: Rentas de XXX cada una.</b> <b>PLAN 2: Rentas de XXX cada una.</b></li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>

	certificado de seguro, según corresponda, 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, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia: XXXX</li> <li>• Máximo XXX rentas mensuales consecutivas.</li> </ul>
--	---	---

<sup>1</sup>La compañía solo otorgará X beneficio(s) por asegurado.

<sup>2</sup> La ITT por accidente consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del asegurado por accidente que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

La cobertura de incapacidad total es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una Invalidez total permanente, esta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.

<sup>3</sup>La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.

<sup>4</sup>La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de 30 días cumplidos y no por fracciones de mes.

### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

#### Prima comercial:

	Prima comercial
<b>PLAN X</b>	XXX
<b>PLAN XX</b>	XXX

La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.	

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 de pago: XXX**

**Lugar y forma de pago: A través de comercializador. El pago de la prima efectuado al Comercializador será considerado como pagado a Creceer Seguros.**

#### **BENEFICIARIOS**

Beneficiario	El asegurado titular por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)	Los herederos legales del asegurado o un tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte natural o accidental.

#### **EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

**No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.**
- 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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**
- 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de Incapacidad total).**

#### **PLAN SOLICITADO**

Marcar con una "X" el plan de seguro solicitado:

**PLAN X**

**PLAN XX**

#### **Declaraciones y Autorizaciones**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Creceer Seguros.**
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro.**
- 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 y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado en este documento o que haya proporcionado al CONTRATANTE al momento de solicitar este 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 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 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 presente la Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones y futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio 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. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, 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 Seguro debe entenderse como Certificado o Solicitud - Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro 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.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios del Certificado de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar el envío y recepción del correo electrónico.
4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
5. Entiendo que el uso indebido de la clave de 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@creceerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceerseguros.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 póliza 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 Contrato de Seguro que solicito 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. de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS N° 4143-2019.**

**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.**

## 1. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información 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.

## 2. 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 remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI

NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional,

por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**

<sup>3</sup> Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

**EMPRESA**

Banco Pichincha  
Diners Club Perú S.A.  
Carsa

**DIRECCIÓN**

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

Firma del  
solicitante \_\_\_\_\_  
Nombres y  
apellidos \_\_\_\_\_  
Documento  
de identidad \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

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

## SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR

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 que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se han declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.		
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: XXX Fin de vigencia: XXX		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Suma Asegurada (Beneficios) <sup>1</sup>	
	PLAN X	PLAN XX
Muerte (natural o accidental)	<p><b>Servicio de sepelio<sup>2</sup>:</b> Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites de sepelio.</li> <li>• Ataúd de madera.</li> <li>• Capilla ardiente.</li> <li>• Traslado, conducción e instalación del servicio.</li> <li>• Nicho o cremación en cualquier camposanto del país.</li> <li>• Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.</li> <li>• Hasta un límite de XXX. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sublímite de XXX.</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>	<p><b>Servicio de sepelio<sup>2</sup>:</b> Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites de sepelio.</li> <li>• Ataúd de madera.</li> <li>• Capilla ardiente.</li> <li>• Traslado, conducción e instalación del servicio.</li> <li>• Nicho o cremación en cualquier camposanto del país</li> <li>• Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.</li> <li>• Hasta un límite de XXX. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sublímite de XXX.</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>
Incapacidad total temporal (ITT) por accidente <sup>3</sup>	<p><b>Renta diaria hospitalaria<sup>4</sup>:</b> Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monto: XXX</li> </ul>	<p><b>Renta diaria hospitalaria<sup>4</sup>:</b> Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monto: XXX</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible: XXX</li> <li>• Máximo XXX días de hospitalización</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> </ul> <p><b>Renta mensual por descanso no hospitalario:</b> Se pagará una renta mensual por cada XXX días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentas de XXX cada una.</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> <li>• Máximo XXX rentas mensuales consecutivas.</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible: XXX</li> <li>• Máximo XXX días de hospitalización.</li> <li>• Periodo de carencia: XXX</li> </ul> <p><b>Renta mensual por descanso no hospitalario:</b> Se pagará una renta mensual por cada treinta XXX días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentas de XXX cada una.</li> <li>• Periodo de carencia: XXXX.</li> <li>• Máximo XXX rentas mensuales consecutivas.</li> <li>• Deducible: XXX</li> </ul>
--	---

<sup>1</sup> La compañía solo otorgará XXX beneficio(s) por asegurado.

<sup>2</sup> El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Crecer Seguros indicará.

<sup>3</sup> La ITT por accidente consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del asegurado por accidente, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación. Es así que su certificado es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas, y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

La cobertura de incapacidad total es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una invalidez total permanente, ésta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.

<sup>4</sup> La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.

<sup>5</sup> La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de 30 días cumplidos y no por fracciones de mes.

**BENEFICIARIOS**

Beneficiario	El asegurado por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)	Los herederos legales del asegurado o tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte accidental y muerte natural.

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima Comercial:**

	Prima comercial
PLAN X	XXX
PLAN XY	XXX
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	XXXX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.

XXXX

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 de pago: XXX**

**Lugar y forma de pago: XXX**

#### EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

**No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.**
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, 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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**
5. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
6. **Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
7. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de incapacidad total).**

#### ¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos 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). Los requerimientos serán atendidos oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

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

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

Para solicitar la ejecución de las prestaciones cubiertas, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Crecer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso<sup>6</sup>:

Para solicitar los servicios indicados en la cobertura muerte natural o accidental, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo de los servicios de sepelio deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA a los números antes indicados. El familiar deberá proporcionar los datos básicos de EL ASEGURADO fallecido (DNI, nombres y apellidos) y una vez que éstos sean validados, se iniciarán las coordinaciones del servicio de sepelio a través de la empresa especializada asignada por LA COMPAÑÍA, conforme lo descrito en la respectiva cobertura.

Además, se deberá entregar a la empresa especializada los documentos indicados en la tabla que sigue a continuación, para poder dar paso a la sepultura o cremación.

Documentos Obligatorios	Muerte natural o accidental	ITT por accidente	
	Servicio de sepelio	Renta diaria hospitalaria	Renta mensual por descanso no hospitalario
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple).	✓ <sup>7</sup>	✓	✓
Atestado Policial Completo (copia simple) Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓ <sup>8</sup>	✓ <sup>8</sup>
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial) Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El Estudio Químico Toxicológico es adicional al Dosaje Etilico.		✓ <sup>8</sup>	✓ <sup>8</sup>
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique nombre completo de asegurado, periodo y motivo de hospitalización (original).		✓	✓
Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado.		✓	✓
Historia clínica (copia foliada) o Informe de evaluación médica (ESSALUD-Anexo N° 6) (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado.		✓	✓

<sup>6</sup> Crecer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO que se establece en esta póliza, y solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

<sup>7</sup> En caso de no contar con el Documento Nacional de Identidad del asegurado (copia simple), se solicitará el Certificado de inscripción (Ficha Reniec) o Partida de defunción.

<sup>8</sup> Únicamente en caso de accidente de tránsito.

• **Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Muerte Natural o Accidental:**

Dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la atención del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento y brindar los referidos servicios indicados en la cobertura o informar el rechazo del Siniestro.

Cuando corresponda, LA COMPAÑÍA brindará los servicios detallados en la cobertura de esta póliza, en la forma, condiciones y monto máximo de suma asegurada, detallados en este documento, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones y su solicitud-certificado se encuentre vigente.

• **Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Incapacidad Total Temporal por accidente:**

LA COMPAÑÍA 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 plazo se encuentre suspendido debido a que se encuentre pendiente la entrega de documentación conforme lo establecido en artículo anterior o LA COMPAÑÍA 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 en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos obligatorios completos, conforme el procedimiento establecido en esta póliza.

**DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado y/o beneficiarios 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.
- 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 30 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver la Solicitud-Certificado.
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información 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 remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI  NO

- II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI  NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

<sup>3</sup>

#### EMPRESA

Banco Pichincha  
Diners Club Perú S.A.  
Carsa

#### DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

## SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR

	<b>Fecha</b>			
<b>Plan solicitado (marcar con una "X")</b>				
<input type="checkbox"/> PLAN X		<input type="checkbox"/> PLAN XX		

<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>Envío de comunicaciones</b>			<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio			<input type="checkbox"/> Correo Electrónico				<input type="checkbox"/> Teléfono									

<b>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>														
<ul style="list-style-type: none"> <li>• He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Crecer Seguros.</li> <li>• Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.</li> <li>• Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.</li> <li>• 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 y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este 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 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.</li> </ul> <p>Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.</p> <p>De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente la Solicitud-Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.</li> <li>2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado o Solicitud Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro 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 <a href="http://www.creceseguros.pe">www.creceseguros.pe</a>, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.</li> <li>3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Solicitud- Certificado de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar el envío y recepción del correo electrónico.</li> <li>4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.</li> <li>5. Entiendo que el uso indebido de la clave de 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.</li> </ol>														

**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. 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 póliza 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 Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

- 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.
- 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>	
----------------------------	--

---

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

## RESUMEN - SEGURO CRECE EMPRENDEDOR

### 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.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)

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

XXX.

#### 3. ¿Cómo y dónde se efectúa el pago de la prima?

XXX

#### 4. ¿Cuál es el medio y plazo establecido para dar el aviso de siniestro?

El asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes 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).

### INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

#### 5. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

Los riesgos cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural y accidental), con el beneficio de servicio de sepelio; y la incapacidad total temporal por accidente, con los beneficios de renta diaria hospitalaria y renta mensual por descanso no hospitalario. Crecer Seguros otorgará un beneficio por asegurado durante la vigencia de la Póliza.

#### 6. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

El seguro no pagará el siniestro cuando ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
  - El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
  - El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.
  - Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

**f. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**

**g. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de incapacidad total).**

- 7. ¿Cómo se ejerce el derecho de arrepentimiento?**  
Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud – Certificado o Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

**Certificado de Seguro Crece Emprendedor**  
**Código SBS N°**  
**PLAN XX**

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

**DATOS DEL SEGURO**

<b>Póliza N°</b>	
<b>Certificado N°</b>	
<b>Eventos asegurados</b> (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado e incapacidad total temporal (ITT) por accidente <sup>1</sup> del asegurado.
<b>Beneficiario</b>	El asegurado por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
<b>Beneficiario(s) adicional(es) <sup>1</sup></b>	Los herederos legales del asegurado o un tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte accidental.
<b>Inicio de vigencia</b>	XXX
<b>Fin de vigencia</b>	XXX

<sup>1</sup> La ITT por accidente consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del asegurado por accidente que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

<b>Razón social</b>		<b>RUC</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>		<b>Departamento</b>	
<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO**

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

**CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO**

Edad mínima de ingreso al seguro:

Edad máxima de ingreso al seguro:

Edad máxima de permanencia:

## COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura	Beneficios <sup>2</sup>	Suma asegurada y condiciones
Muerte (natural o accidental)	<p><b>Servicio de sepelio<sup>6</sup>:</b> Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites de sepelio.</li> <li>• Ataúd de madera.</li> <li>• Capilla ardiente.</li> <li>• Traslado, conducción e instalación del servicio.</li> <li>• Nicho o cremación en cualquier camposanto del país.</li> <li>• Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Crecer Seguros indicará, hasta un límite de XXX. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sub límite de XXX.</li> <li>• Deducible: XXX.</li> <li>• Carencia: XXX.</li> </ul>
Incapacidad total temporal por accidente <sup>3</sup>	<p><b>Renta diaria hospitalaria<sup>4</sup>:</b> Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta diaria hospitalaria de <b>XXX</b></li> <li>• Deducible: XXX</li> <li>• Carencia: XXX.</li> <li>• Máximo XXX días de hospitalización.</li> </ul>
	<p><b>Renta mensual por descanso no hospitalario<sup>5</sup>:</b> Se pagará una renta mensual por cada treinta (30) días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta mensual por descanso no hospitalario de <b>XXX</b></li> <li>• Deducible: NXXX</li> <li>• Carencia: XXX</li> <li>• Máximo XXX rentas mensuales consecutivas.</li> </ul>

<sup>2</sup>La compañía solo otorgará X beneficio(s) por asegurado.

<sup>3</sup>La cobertura de incapacidad total temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una Invalidez total permanente, esta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.

<sup>4</sup>La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.

<sup>5</sup>La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de treinta (30) días cumplidos y no por fracciones de mes.

<sup>6</sup>El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Creceer Seguros indicará.

## EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de incapacidad total).

## PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial:

		Prima comercial
		XXX
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje	
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.	XXXXXX	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.		

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 de pago: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

### ¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@creceerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceerseguros.pe). Los requerimientos serán atendidos oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

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

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

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

Para solicitar la ejecución de las prestaciones cubiertas se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso<sup>1</sup>.

Para solicitar los servicios indicados en la cobertura muerte natural o accidental, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo de los servicios de sepelio deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA a los números antes indicados. El familiar deberá proporcionar los datos básicos de EL ASEGURADO fallecido (DNI, nombres y apellidos) y una vez que éstos sean validados, se iniciarán las coordinaciones del servicio de sepelio a través de la empresa especializada asignada por LA COMPAÑÍA, conforme lo descrito en la respectiva cobertura. Además, se deberá entregar a la empresa especializada los documentos indicados en la tabla que sigue a continuación, para poder dar paso a la sepultura o cremación.

Documentos Obligatorios	Muerte natural o accidental	ITT por accidente	
	Servicio de Sepelio	Renta diaria hospitalaria	Renta mensual por descanso no hospitalario
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple).	✓ <sup>3</sup>	✓	✓
Atestado Policial Completo (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓ <sup>2</sup>	✓ <sup>2</sup>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el atestado policial).		✓ <sup>2</sup>	✓ <sup>2</sup>

Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El Estudio Químico Toxicológico es adicional al Dosaje Etílico.			
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique nombre completo de asegurado, periodo y motivo de hospitalización (original).		✓	✓
Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado.		✓	✓
Historia clínica (copia foliada) o Informe de evaluación médica (ESSALUD-Anexo N° 6) (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el ASEGURADO.		✓	✓

<sup>1</sup>Crecer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar información la adicional que considere necesaria para le evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO, que se establece en esta póliza, y solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

<sup>2</sup>Únicamente en caso de accidente de tránsito.

<sup>3</sup>En caso de no contar con el Documento Nacional de Identidad del asegurado (copia simple), se solicitará el Certificado de inscripción (Ficha Reniec) o Partida de defunción.

- Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Muerte Natural o Accidental:

Dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la atención del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento y brindar los referidos servicios indicados en la cobertura o informar el rechazo del Siniestro.

Cuando corresponda, LA COMPAÑÍA brindará los servicios detallados en la cobertura de esta póliza, en la forma, condiciones y monto máximo de suma asegurada, detallados en este documento, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones y su certificado se encuentre vigente.

- Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Incapacidad Total Temporal por accidente:

LA COMPAÑÍA 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 plazo se encuentre suspendido debido a que se encuentre pendiente la entrega de documentación conforme lo establecido en artículo anterior o LA COMPAÑÍA 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 en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos obligatorios completos, conforme el procedimiento establecido en esta póliza. **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud – Certificado o Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.

#### INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado y/o beneficiarios 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.

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 30 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.

#### 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 y/o al Comercializador, 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.

#### 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 y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este 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 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 y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

### **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 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 que le han sido proporcionados, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información 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 remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI

NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe).

<sup>1</sup> <https://www.creceerseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

<sup>3</sup>

**EMPRESA**

Banco Pichincha  
Diners Club Perú S.A.  
Carsa

**DIRECCIÓN**

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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

---

Firma del asegurado

---

Representante de  
Creceer Seguros