

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO FAMILIA PROTEGIDA  
CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Certificado N° \_\_\_\_\_

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
<b>Denominación o Razón social:</b> Crecer 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> gestionalcliente@crecerseguros.pe				
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR		
<b>Nombre o Razón social:</b>		<b>Nombre o Razón social:</b>		
<b>Documento de identidad:</b>		<b>Documento de identidad:</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 / SOLICITANTE				
<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>Dirección de domicilio</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono</b>
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			
DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL * (Pueden ser hasta dos asegurados adicionales)				
<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>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			
<b>*No se podrá contratar un microseguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis años de edad o personas declaradas judicialmente incapaces.</b>				
DATOS DEL MICROSEGURO				
<b>Inicio de vigencia</b>	xx / x / x	<b>Fin de vigencia</b>	x / x / xx	**El fin de vigencia de la solicitud- certificado podrá ser la fecha de vencimiento de la Póliza o corresponder a la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido, lo que ocurra primero.
<b>Renovación</b>	XXXX			
PRIMA				
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX		
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XXXXXX	<b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX		
<b>La prima comercial incluye:</b>				
Cargos por la intermediación de corredores de seguros: XXX				
Cargos por la comercialización de microseguros a través de promotores de seguros: XXX				
Cargos por la comercialización de microseguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX				
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO				
Edad mínima de ingreso al microseguro: "X"				
Edad máxima de ingreso al microseguro: "X"				
Edad máxima de permanencia: "X"				
* Si se supera las edades máximas de ingreso y permanencia al microseguro, se podrá igualmente solicitar un seguro de este ramo. En dicho caso, LA COMPAÑÍA efectuará la evaluación del riesgo particular y la tarificación de la prima a pagar.				
EVENTOS ASEGURADOS				

COBERTURAS PRINCIPALES DEL MICROSEGURO		
Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones
Muerte Natural	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca por causas naturales, o como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO		
Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones
XXX	XXXX	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Beneficiario: XXX

Asistencia	Descripción	Eventos
XX	XXX	XXX

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

### BENEFICIARIOS

Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.

BENEFICIARIOS DEL 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

### 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 microseguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, delictivos o criminales
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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.

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

En caso de siniestro, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

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 Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO y/o el beneficiario deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)\*.
2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)\*.
3. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, 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 o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

*\*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.*

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. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

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

XXX  
XXX

*\*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.*

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. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

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

### **a) Causales de resolución**

La póliza o Solicitud-Certificado, según corresponda, se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO:

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 8 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.
2. Por presentar una solicitud cobertura de siniestro fraudulenta. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO titular o al BENEFICIARIO, su decisión de resolver la misma en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios, computados desde

la fecha en que se toma conocimiento del carácter fraudulento de la solicitud de cobertura. La resolución procederá con el aviso a EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulenta.

3. Por decisión unilateral de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO titular y sin expresión de causa, mediante comunicación escrita, con una anticipación de treinta (30) días a la COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE 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 Microseguro.

#### **b) Causales de extinción**

La Solicitud-Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas.
2. Al cumplir, EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente Solicitud-Certificado (excepto el supuesto b.1 anterior en que se evaluará la cobertura del siniestro ocurrido), ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

#### **c) Causales de nulidad**

La póliza o la Solicitud-Certificado, según corresponda, serán nulas desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del microseguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.
2. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Microseguro.
3. Si al momento de contratar el Microseguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
4. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. LA COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO titular, sin intereses. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de quince (15) días desde que se declaró la nulidad. Excepto cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso LA COMPAÑÍA deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta y retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de Microseguro, a título indemnizatorio, perdiendo EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

La nulidad de la Solicitud-Certificado será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores a distancia y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL Asegurado podrá resolver la solicitud-certificado del Microseguro, 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 del Microseguro, 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 que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro.

#### **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 microseguro. 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 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:

1. La Solicitud-Certificado podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podrá 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.
2. La integridad y autenticidad de la Solicitud -Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital), y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](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 Microseguro que solicito por medio de este documento.

#### **Modificación de la Póliza**

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

**LA COMPAÑÍA deberá proporcionar la información suficiente a EL CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de LOS ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.**

#### **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 tener acceso o 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.
- Los Avisos del Siniestro y las Solicitudes de Cobertura podrán presentarse en cualquier punto de venta del Comercializador o de LA COMPAÑÍA, por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).
- Las consultas, quejas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

Para la atención de reclamos y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial o después de ocurrido el siniestro pactar ir a la Vía Arbitral.

<p><b>Defensoría del Asegurado</b></p> <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>	<p><b>Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS - Atiende consulta y denuncias.</b></p> <p>Dirección: Avenida Dos de mayo 1475, San Isidro, Lima.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Página Web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita) ó (511) 200-1930 (Lima)</li> </ul>
<p><b>INDECOPI</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <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>	<p><b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p>

- 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.

### 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:

- 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
- 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:

- Ofrecerle todo tipo de productos y/o servicios de seguros y/o microseguros, 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;
- Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su grupo económico, proveedores y aliados estratégicos cuya relación se encuentra a su disposición en la página web [www.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe), así como, con sus socios comerciales, 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 acercarse a nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310

piso 2 – San Isidro y llenar el formulario respectivo; pudiendo a su vez ingresar su solicitud a través de nuestra página web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe). Para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales de LA COMPAÑÍA, puede ingresar a la página web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

No obstante haber suscrito el presente documento en señal de conformidad, 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 titular 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 microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe). En virtud de ello, solicito la contratación del microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

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

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