

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA
FUTURO SEGURO**

DATOS			
N° Solicitud		Fecha Solicitud	
Código SBS		N° Cotización	

1. Datos del Solicitante/Contratante:

Información de la Empresa (Completar solo si es Persona Jurídica)			
Razón Social/ Nombre	RUC	CIU	Teléfono / Celular
Dirección			
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Información del Representante Legal (si es Persona Jurídica) o de la Persona Natural			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Estado Civil	Fecha de nacimiento	Sexo	Documento de Identidad
	/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	DNI / CE /Otro N.º
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono Celular
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Teléfono Fijo	Relación o parentesco con el asegurado propuesto (Cuando corresponda)	Ocupación/Oficio /Profesión	Centro de Labores
Dirección			
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Correo Electrónico:			

2. Datos del Asegurado (solo si es diferente del Contratante):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	Documento de Identidad
/ /	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N.º
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono / Celular
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección			

Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de vía:			
N.º:	Km:	Mz:	Dpto: Int: Lt:
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Correo Electrónico:			

3. Plan elegido, Prima Comercial, frecuencia y forma de pago:

Moneda	XXX
Plan contratado	XXX
Vigencia	xxxx
Renovación	xxxx
Prima Comercial	"XXX" "XXX" + IGV*
	Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX
	Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX
	Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX
	En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: XXX
Forma de Pago	XXX
Frecuencia de Pago	XXX
Tipo de medio de pago	XXX

*La prima no incluye IGV, salvo que el Contratante sea Persona Jurídica. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de prima. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato por falta de pago de las cuotas de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato quedará extinguido.

| 4. Suma Asegurada, Coberturas y Condiciones:

Coberturas Principales	Suma Asegurada	Condiciones
Muerte Natural	XXX	XXX
Muerte Accidental	XXX	XXX

Cláusulas Adicionales	Suma Asegurada	Condiciones
XXX	XXX	XXX

5. Designación de beneficiarios (realizado por el Contratante o haya designado para tal fin al Asegurado Titular)

Herederos legales:

Otros beneficiarios:

Si usted marcó la opción "Otros beneficiarios", le solicitamos se sirva llenar el siguiente cuadro:

Apellidos y Nombres	Relacion con el asegurado (cuando corresponda)	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Porcentaje (%)
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
<i>Total</i>					<i>100%</i>

- En ningún caso la suma de los porcentajes de beneficio de los beneficiarios del pago podrá exceder del 100% del pago del **Asegurado**.
- Únicamente podrán ser incluidos como beneficiarios del pago las personas que tengan un interés asegurable, conforme a la definición establecida en las condiciones generales. La falta de interés asegurable acarrea la nulidad de su inclusión en la póliza.
- Si fuesen dos o más los beneficiarios designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado. Si al momento de pagar el siniestro, se verifica que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación.

6. Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

- 1. Preexistencia:** condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL 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. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**
- 4. 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.

- 5. 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.**
- 6. Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo , escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.**
- 7. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.**

En caso de contratar cláusulas adicionales: XXX

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.crecerseguros.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS XXX, el cual es de acceso público a través de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente solicitud, o se reajuste el Pago conforme lo establecido en el Art. 10° y 12° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, según corresponda.
- El Asegurado se compromete a facilitar a La Compañía el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente mediante esta solicitud de seguro, a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento en que lo requiera La Compañía, la que asimismo se encuentra facultada a acceder a dicha información por el Art. 25° la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en caso de otorgamiento de los beneficios del seguro contratado.
- **El importe de los Pagos de la cobertura que haya fijado la Aseguradora en la cotización correspondiente a la presente Solicitud de Seguro se realiza considerando las declaraciones efectuadas en la Solicitud de Seguro y en la Declaración Personal de Salud del Asegurado.**
- **La Compañía deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, caso contrario deberá informar dentro de ese plazo, el rechazo salvo que se haya requerido información adicional en dicho plazo. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado Titular sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Compañía, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional. La Compañía o El Comercializado, en caso corresponda, tiene un plazo de quince (15) días para entregar el duplicado.**

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Compañía, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Compañía, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que La Compañía utilizará para remitir comunicaciones al Asegurado Titular, al Contratante y/o al Beneficiario será el mismo que he declarado en esta solicitud y/o los indicados en el Condicionado Particular. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, La Compañía se reserva la facultad de contactarse con el Asegurado Titular, el Contratante y/o el Beneficiario, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los datos de contacto a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico del Asegurado Titular, el Contratante y/o el Beneficiario, deberá ser comunicado a La Compañía por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores o uso de sistemas a distancia, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, 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 póliza correspondiente, 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. Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.

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

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

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

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

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

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, durante el plazo de conservación de información aplicable a las empresas del sistema de seguros. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario² que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción "Nuestros proveedores" de nuestro 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 económico³, con el fin de que te 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.

En atención al principio de proporcionalidad, la información a ser requerida por la Compañía siempre resultará imprescindible para cumplir con la finalidad que ameritó la recopilación de "Los Datos"; en este sentido, de no proporcionarlos, la Compañía no podrán prestar el producto y/o servicio requerido.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar nuestra política de privacidad publicada en www.crecerseguros.pe.

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

1. La Póliza de Seguro comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) incluyendo los archivos pdf de la póliza (ii) Adjuntando un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF o (iii) Direccionándome a la parte

² <http://portal.crecerseguros.pe/Home/Consulta>

³

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

privada de la web de Crecer Seguros www.creceseguros.pe donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.

3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónica, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a gestionalcliente@creceseguros.pe.

La Compañía garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca y Seguros.

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, mediante la firma de la presente Solicitud de Seguro, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

San Isidro, _____ de _____ del _____.

FIRMA CONTRATANTE

DNI:

FIRMA ASEGURADO

DNI:

7. Datos del Representante de Crecer Seguros SA: XXXXXXXXX

**RESUMEN - SEGURO DE VIDA FUTURO SEGURO
XXXX**

1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú.
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
- Página web: www.crecersegueros.pe
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe

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

XXX

3. ¿Cuál es el monto de la prima comercial?

XXXX

4. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

Los riesgos cubiertos por esta Póliza son la muerte natural o accidental. Sin perjuicio de ello, se pueden contratar coberturas adicionales.

5. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

No se pagará la suma asegurada cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL 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. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su

consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

4. 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.

5. 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.

6. Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo, escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.

7. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del

Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.

6. ¿Cuáles son los canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro?

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO 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, a efectos de tener la debida orientación.

7. ¿Cómo se ejerce el derecho de arrepentimiento?

En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores, bancaseguros o uso de sistemas a distancia, , EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, 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 póliza correspondiente, 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.

Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.