

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO RENTA POR FALLECIMIENTO**  
**CÓDIGO SBS N° VI1787200018**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Solicitud- 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 SEGURO			
<b>Coberturas</b>	Renta por Muerte Natural y Renta por Muerte Accidental		
<b>Renovación</b>	XXXX		
PRIMA			
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX	
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XXXXX	<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 seguros a través de promotores de seguros: XXX Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de permanencia: "X"			
EVENTOS ASEGURADOS			
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones	
<b>Renta por Muerte Natural</b>	LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada a El BENEFICIARIO cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad, salvo los supuestos de exclusiones de la póliza. Dicho pago se efectuará fraccionado en doce abonos mensuales o, a pedido expreso de EL BENEFICIARIO en un solo abono.	<b>Suma asegurada:</b> XXX  <b>Periodo de carencia:</b> XXX	
<b>Renta por Muerte Accidental</b>	LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada a El BENEFICIARIO cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, salvo aquellos supuestos enmarcados en las exclusiones de la póliza. Dicho pago se efectuará fraccionado en doce abonos mensuales o, a pedido expreso de EL BENEFICIARIO en un solo abono.	<b>Deducible:</b> XXX  <b>Beneficiario:</b> El señalado en la presente Solicitud-Certificado.	
COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones	
XXX	XXXX	XXX	
<b>Importante:</b> Este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.			

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, que es de conocimiento de EL ASEGURADO y no curada antes de la contratación del seguro. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, que conlleven al fallecimiento durante su vigencia.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- Participación del asegurado en actos realizados con falta de diligencia o cuidado debidos, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Participación del beneficiario en actos dolosos o culposos que constituyan un delito que se encuentre relacionado o haya causado la muerte del Asegurado.
- Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales a las actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
- Uso voluntario de alcohol (por encima de 0.5 gramos-litro o por encima de 0.25 gramos-litro cuando se preste servicios de transporte público de pasajeros, mercancías o carga o del límite legal distinto vigente al momento del siniestro), 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 CONTRATANTE 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.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con 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).

El incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal de rechazo del siniestro. Asimismo, cuando el CONTRATANTE o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios:

Documentos <sup>2</sup>	Renta por Muerte Accidental	Renta por Muerte Natural
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal <sup>1</sup> (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Historia clínica completa (copia foliada y fedateada) ó epicrisis completa (copia simple)	–	<input checked="" type="checkbox"/>
DNI del Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

<sup>2</sup> Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del

*mismo.*

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

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

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

El pago será efectuado a **LOS BENEFICIARIOS**, designados en la Solicitud- Certificado. En caso **EL ASEGURADO** no haya designado a los **BENEFICIARIOS**, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos 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 los Registros Públicos.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a **EL BENEFICIARIO**. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de **EL BENEFICIARIO**, 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 la Solicitud-Certificado.

## COMUNICACIONES Y ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

### 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 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/o reclamos podrán ser presentadas a **LA COMPAÑÍA** por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. El teléfono de **LA COMPAÑÍA** es: (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe) o a su dirección, Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima. 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.
- EL ASEGURADO** autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a **LA COMPAÑÍA** o a **EL COMERCIALIZADOR** en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

**En caso que el presente microseguro sea comercializado a través del uso de sistemas a distancia y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL ASEGURADO, podrá resolver la solicitud-certificado de seguro, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la solicitud-certificado de seguro, debiendo la Aseguradora 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 valer su derecho de resolver la solicitud-certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.**

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, INDECOPÍ o a la Vía Judicial..

<b>Defensoría del Asegurado</b> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: 01-4210614	<b>SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</b> • Dirección: Avenida Dos de mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<b>INDECOPÍ</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800	<b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

<b>Vigencia del Seguro</b>	XXX		
<b>Inicio de vigencia</b>	/ /	<b>Fin de vigencia</b>	/ / o cuando el asegurado alcance la edad máxima de permanencia

**DATOS DEL ASEGURADO**

<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>Envío de comunicaciones</b>	<b>Dirección</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	
	<b>Correo electrónico</b>		
	<b>N° de Teléfono</b>		

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)**

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.

<b>Nombres y Apellidos(*)</b>	<b>Tipo y N° de documento(*)</b>	<b>Relación con el asegurado</b>	<b>Porcentaje</b>

(\*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales.

**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, 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 el Grupo Económico de LA compañía, cuya

relación se encuentra a su disposición en la página web [www.smv.gob.pe](http://www.smv.gob.pe), así como, con sus socios comerciales, dentro o fuera del país (flujo transfronterizo), con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros.

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

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

No brindo mi consentimiento

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

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

Firma de representante de Crecer Seguros	Firma del asegurado