

**RESUMEN INFORMATIVO  
SEGURO VIDA LEY- EX TRABAJADORES**



**RESUMEN INFORMATIVO – SEGURO VIDA  
LEY EX-TRABAJADORES****RIESGOS CUBIERTOS**

- **Muerte Natural**
- **Muerte Accidental**
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente**

**SUMAS ASEGURADAS**

- **Muerte Natural:** Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres últimos meses previos al cese de sus labores.
- **Muerte Accidental:** Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.

Las sumas aseguradas serán calculadas considerando el tope estipulado en el Decreto Legislativo 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, respecto a la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, en el Sistema Privado de Pensiones.

**EXCLUSIONES**

**LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de lesiones autoinferidas.**

**¿QUÉ HACER PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO?**

**EL ASEGURADO, y/o EL BENEFICIARIO, según corresponda, deberá comunicar 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 mismo o del beneficio.**

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o comunicarse a 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, 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.** Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del ASEGURADO o BENEFICIARIO, se pierde el derecho a la indemnización, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

**LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA**

EL ASEGURADO directamente deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares del Seguro y la Solicitud de Seguro. No obstante LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO.

El monto de la prima se encuentra debidamente detallado en las Condiciones Particulares y la Solicitud de Seguro de la presente Póliza.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación; siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para

el pago. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta a EL ASEGURADO sobre el incumplimiento de pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Póliza por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en la Póliza para el pago de la misma, se entiende que el contrato queda extinto de pleno derecho.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura, o de forma previa a la extinción de la póliza de pleno derecho luego de los 90 días indicados en el párrafo anterior, se pagará el siniestro deduciendo de dicho monto el valor de la prima adeudada.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, en caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

### **MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA**

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los

funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL ASEGURADO.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL ASEGURADO, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. 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. Este producto no podrá ser modificado en sus coberturas o sumas aseguradas

### **RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

EL ASEGURADO podrá resolver la Póliza sin expresión de causa con por lo menos treinta (30) días de anticipación, extinguiéndose tras dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza. LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO - la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir el mismo, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares. La devolución se producirá en un plazo de treinta (30) días calendarios posteriores a la recepción de la solicitud de resolución.

### **ATENCIÓN DE RECLAMOS**

Las 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. La respuesta al reclamo será comunicada por LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de quejas o reclamos son:

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440

## **MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

- Vía administrativa  
En caso de que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro (aprobación o rechazo) podrán acudir Al INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual), con sede central en Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima, Perú, página web [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe) y teléfono: (01) 2247800.

A su vez, en caso EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO requieran orientación y/o formular denuncias podrán acudir a la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), ubicada en Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú, página web [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe) y teléfono (0800) 10840 (línea gratuita).

- Vía Judicial  
Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y LA COMPAÑÍA, que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.
- Vía Arbitral  
Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del mismo, las partes

podrán pactar entonces acudir a la Jurisdicción Arbitral, siempre que los daños o pérdidas reclamadas a LA COMPAÑÍA sean superiores o iguales al límite fijado por la SBS.

## **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado (DEFASEG), ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, teléfono 01-4210614 y con página web [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe); con el objeto de resolver las controversias que surjan entre ellos y LA COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro, de acuerdo al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, siendo el fallo final vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

Ello, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE**

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- LA COMPAÑÍA entrega la indemnización correspondiente a LOS BENEFICIARIOS sin ninguna responsabilidad. En caso posteriormente aparecieran otros BENEFICIARIOS con derecho al seguro, LOS BENEFICIARIOS que hayan recibido el pago de la suma asegurada serán responsables

solidariamente entre sí por el pago que corresponde a los primeros.

- En caso de uniones de hecho, LA COMPAÑÍA consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital correspondiente al conviviente que tenga la calidad de BENEFICIARIO, salvo que se presente declaración judicial o escritura pública notarial inscrita de unión de hecho
- Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

**Solicitud de Seguro Vida Ley Ex-Trabajadores**  
**Código SBS N° XXXXXX**  
**Póliza N° \_\_\_\_\_**

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

**ASEGURADOS**

Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Es el ex-Trabajador que al momento de su cese laboral goza de la cobertura del seguro Vida Ley y opta por solicitar la emisión de una póliza de vida individual.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

**Inicio de vigencia:** Fecha en la que se suscribe el contrato de seguro.

**Fin de vigencia:** Fecha en la que se cumple un año desde su inicio o fecha en la que ocurre un evento asegurado o se contrate un Seguro de Vida Ley a favor del Asegurado; lo que ocurra primero.

La presente póliza tiene una duración de un año, salvo que EL ASEGURADO exprese su deseo de renovar con una anticipación no menor a treinta días previos al vencimiento y acepte las nuevas condiciones de LA COMPAÑÍA en caso esta decida modificar la póliza.

**DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO**

<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>	<b>Nombres</b>		<b>Nacionalidad</b>
<b>Tipo de documento</b>	<b>Nº de documento</b>	<b>Género</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Fecha de nacimiento</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>Domicilio</b>	
<b>Envío de Comunicaciones:</b>			<b>Profesión u Ocupación</b>	
<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono celular			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero	
			Precisar: _____	

**DATOS DEL CORREDOR**

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

**INFORMACION IMPORTANTE**

<b>Ex empleador:</b>	
<b>Fecha de cese laboral:</b>	
<b>Última Remuneración Mensual Asegurable:</b>	

**EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)**

<b>Coberturas<sup>1</sup></b>	<b>Suma asegurada<sup>2</sup></b>
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres (3) últimos meses previos al cese de sus labores
Muerte Accidental	Treintaidós (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Treintaidós (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al cese de sus labores.

<sup>1</sup> Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

<sup>2</sup> La remuneración mensual asegurable no podrá exceder la remuneración mensual máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima comercial:** Es la prima mensual que resulta de multiplicar la remuneración mensual asegurable por la tasa que se establece en base a la edad del asegurado:

<b>Tasa prima mensual (%) (Incluye IGV)</b>	
---	--

**Frecuencia de pago:** "X"  
**Forma de pago:** "X"  
**Lugar de pago:** "X"  
**Oportunidad de pago:** "X"

**BENEFICIARIOS<sup>3</sup>**

Muerte Natural o Accidental	El cónyuge o conviviente y los descendientes del asegurado en caso de muerte natural o accidental. Ante la falta de estos, serán considerados como beneficiarios los ascendientes y los hermanos menores de dieciocho (18) años del asegurado. EL Asegurado contratante deberá proporcionar a LA COMPAÑÍA la declaración de beneficiarios con su firma debidamente legalizada (notarialmente o por juez de paz a falta de Notario en el lugar de su domicilio), con la relación de las anteriores personas como sus beneficiarios, indicando su nombre, vínculo (cónyuge, hijo, etc) documento identidad y su domicilio.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	EL ASEGURADO

<sup>3</sup> De acuerdo con lo establecido la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y demás disposiciones vigentes sobre el particular.

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de lesiones autoinferidas (aplica solo a la cobertura de invalidez total y permanente por accidente).

**PROCEDIMIENTO PARA EL RECLAMO DEL SINIESTRO**

EL ASEGURADO, y/o EL BENEFICIARIO, según corresponda, deberá comunicar 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 mismo o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o comunicarse a teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar las coberturas, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios siguientes, según corresponda:

Documento Obligatorios <sup>2</sup>	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓	
Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	✓	✓	
Certificado de Necropsia <sup>1</sup> (original o certificación de reproducción notarial)		✓	
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal <sup>1</sup> (copia simple).		✓	✓
Dictamen o certificado médico de EL ASEGURADO emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSAL), en original o en certificación de reproducción notarial.			✓
Documento nacional de identidad de LOS BENEFICIARIOS (copia simple).	✓	✓	
Tres últimas boletas de pago correspondientes a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.	✓		
Última boleta de pago correspondiente a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.		✓	✓

<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. LA COMPAÑÍA podrá pedir, en el más breve plazo posible, documentación adicional para determinar la procedencia de la cobertura, a fin de respetar la inmediatez indicada en el artículo 14 del Decreto Legislativo N° 688 para el pago del

**beneficio.**

**El pago del siniestro se efectuará en un plazo no mayor a 72 horas de presentada la solicitud de cobertura, acompañada de la documentación completa exigida en la presente póliza.**

**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 EL ASEGURADO, como a EL BENEFICIARIO serán los mismos que he consignado en este documento y/o en las Condiciones Particulares. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse conmigo, en mi calidad de EL ASEGURADO y/o con EL BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación 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.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

- LA COMPAÑÍA entregará, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentada la solicitud, la Póliza de Seguro contratada.
- LA COMPAÑÍA comunicará a EL ASEGURADO, dentro de los quince (15) días calendarios de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, EL ASEGURADO se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.

**LA COMPAÑÍA podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito de EL ASEGURADO. Este 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 Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.**

**CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

A 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. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:
  - (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
  - (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en el punto (i), 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 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.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. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
  - (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que



incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras 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; y

(ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de “Negación al consentimiento”, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA 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 bajo juramento que toda la información que he proporcionado en el presente documento es verdadera y exacta. Asimismo declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro y el Resumen Informativo, 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 seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

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

---

Firma del Solicitante

---

Representante de  
Crecer Seguros