

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE SEPELIO**  
**CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

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> <a href="mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe">gestionalcliente@crecerseguros.pe</a>			
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>	
DATOS DEL MICROSEGURO			
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: XXX		
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: XXX		
<b>Renovación</b>	XXXX		
PRIMA			
	<b>Plan X</b>	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX	
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX	
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XXXXX		
<p><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            Gastos Administrativos: XXX</p> <p>Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA lo comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada</p>			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL MICROSEGURO			
Edad mínima de ingreso al microseguro: "X"			
Edad máxima de ingreso al microseguro: "X"			
Edad máxima de permanencia: "X"			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL MICROSEGURO)			
Cobertura	Descripción	Plan X Suma asegurada y condiciones	
<b>Muerte Accidental</b>	LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS el importe señalado en el presente documento cuando EL ASEGURADO TITULAR fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO TITULAR y le ocasione la muerte. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO TITULAR como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos,</b>	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX	

	<p><b>enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b></p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro de X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.</p>	
<p><b>Servicio de Sepelio</b></p>	<p>LA COMPAÑÍA otorgará, mediante sus proveedores afiliados, los servicios de sepelio en caso de muerte accidental o natural de EL ASEGURADO, los cuales consisten en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Sepultura, nicho o cremación</b> en los camposantos afiliados a Crecer Seguros, hasta por un monto máximo de S/ XXX.</li> <li><b>Servicio funerario:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia del director funerario</li> <li>- Asesoría en trámites de Sepelio: Trámites de entierro, trámite de acta de defunción y trámite ante el área de salud (en caso de cremación).</li> <li>- Ataúd de madera, acabado en Duco.</li> <li>- Preparación tanatológica del fallecido</li> <li>- Traslado e instalación del servicio velatorio en el lugar del fallecimiento: funeraria o domicilio (en el lugar de fallecimiento) por 24 horas.</li> <li>- Capilla ardiente</li> <li>- Carroza y Carro Porta Flores</li> <li>- Dos arreglos florales: Uno tipo cruz y uno tipo lágrima.</li> <li>- Oficio religioso.</li> <li>- Movilidad para 12 personas sentadas.</li> </ul> </li> </ol> <p>El Servicio de Sepelio no es reembolsable. Solo cuando LA COMPAÑÍA se vea imposibilitada de brindar el servicio de sepelio directamente por no contar con un proveedor afiliado en el lugar del fallecimiento, se podrá proceder a pagar el precio de dicho servicio a otro proveedor. Para tales efectos, es necesaria la autorización y confirmación previa por parte de LA COMPAÑÍA para la ejecución del servicio. En este caso, solo se pagará hasta por la suma asegurada indicada, siendo el pago efectuado directamente al proveedor que otorgó el servicio.</p> <p><b>El servicio de sepelio solo es efectivo a nivel nacional. No incluye repatriación de restos ni cubre traslados entre departamentos del Perú. Asimismo, no se brinda cobertura de rituales religiosos.</b></p>	<p><b>Plan Elegido: XXXX</b>  <b>Suma asegurada del Servicio de Sepelio:</b> XXX por sepultura, nicho o cremación y XXX por servicio funerario.  <b>Periodo de carencia: XXX</b>  <b>Deducible: XXX</b>  <b>Número máximo de asegurados adicionales: XXXX</b></p>

Asistencia (*)	Condiciones	Eventos
XXX	XXXX	XXXX

**Manual de asistencias:**

XXXX  
 (\*) Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

**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 microseguro, 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.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**

3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico (aquellos que impliquen un grado de violencia no ocasional), 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. En caso de que el asegurado estuviera al interior del vehículo, la exclusión referida al uso de alcohol solo aplicará cuando el asegurado sea el conductor del vehículo.

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

EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o un tercero, deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o si se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. 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 de muerte accidental, el beneficiario podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos en la tabla adjunta

Para solicitar el servicio de sepelio, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo del sepelio deberá comunicarse con Crecer Seguros a los teléfonos (01)4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias). El familiar deberá proporcionar los datos básicos de EL ASEGURADO fallecido (DNI, nombres y apellidos) y una vez que éstos sean validados, se iniciarán las coordinaciones del servicio de sepelio a través del director funerario asignado. Además, se deberá entregar al director funerario los documentos indicados en la tabla previa, para poder dar paso a la sepultura o cremación.

Documentos	Muerte Accidental <sup>3</sup>	Servicio de Sepelio <sup>3</sup>
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple) en tanto sea posible su obtención.		<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	—
Protocolo de Necropsia (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	—
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	—
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial y Protocolo de necropsia). El dosaje	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	—

<p>etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.</p>			
<p>Copia Certificada de la Partida Registral donde esté inscrita el Acta de Sucesión Intestada o la Resolución Judicial de Declaración de Herederos o el contenido del testamento del Asegurado.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	-	

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

<sup>2</sup> Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario en la Solicitud-Certificado.

<sup>3</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 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 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 las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.**

### 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 en este documento y/o 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 modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio del uso de los datos de contacto autorizados en párrafos anteriores, 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 podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web [www.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: [gestionalccliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalccliente@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 COMPAÑÍA podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO TITULAR, 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.

### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

**Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de comunicación que LA COMPAÑÍA pone a disposición en la Solicitud-Certificado, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en**

**tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.**

#### 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 COMPAÑÍA.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la COMPAÑÍA 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 requerimientos 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 requerimientos y reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

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

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

#### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI

NO

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

SI

NO

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

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

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

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

<sup>3</sup>

**EMPRESA**

Banco Pichincha  
Diners Club Perú S.A.

**DIRECCIÓN**

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

**Nombres y Apellidos**

**Tipo de documento**

DNI  CE N°:

**Género**

F  M

**Fecha de Nacimiento**

**LA COMPAÑÍA usará uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro**

Dirección de domicilio

Teléfono

Correo electrónico

**DATOS DE ASEGURADOS ADICIONALES (Para cobertura de Sepelio)**

**Nombres y Apellidos**

**Tipo y N° de Documento de Identidad**

**Parentesco**

**Fecha de Nacimiento**

**Dirección**

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S) PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR**

Aplica para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.

**Nombres y Apellidos(\*)**

**Tipo y N° de documento(\*)**

**Relación con el asegurado solicitante**

**Porcentaje**

(\*) 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. Cuando el beneficiario resulte ser un menor de edad o un mayor de edad declarado interdicto, el beneficio será colocado en condiciones apropiadas, a nombre del beneficiario, en una institución financiera autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, para operar en territorio peruano.

**PLAN SOLICITADO**

XXXX

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma en la Solicitud-Certificado, 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 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 Creceer Seguros</b>	<b>Firma del asegurado titular</b>