

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO CRECE PROTEGIDO**  
**CÓDIGO SBS N°XXXXXXXXXX**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Solicitud-Certificado N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Denominación o Razón social:** Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros  
**RUC:** 20600098633  
**Domicilio:** Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.  
**Teléfono:** Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.  
**Correo electrónico:** [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)

<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>	<b>DATOS DEL COMERCIALIZADOR</b>
------------------------------	----------------------------------

<b>Nombre o Razón social:</b>	<b>Nombre o Razón social:</b>
<b>Documento de identidad o RUC:</b>	<b>Documento de identidad o RUC:</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 ASEGURADO TITULAR**

<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>Correo electrónico</b>				<b>Teléfono</b>
<b>Dirección de domicilio</b>				

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (para cuando se contrate plan que incluya asegurado adicional)**

<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>Correo electrónico</b>				<b>Teléfono</b>
<b>Dirección de domicilio</b>				

**BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES**

Aplica para las coberturas principales en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado Titular en la Solicitud-Certificado.

**BENEFICIARIOS DE ASEGURADO TITULAR**

Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el Asegurado Titular	%

(\*) 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.

**BENEFICIARIOS DE ASEGURADO ADICIONAL** | El Asegurado Titular

**DATOS DEL MICROSEGURO**

<b>Coberturas Principales</b>	Muerte Natural, Muerte Accidental.
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: XXX
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: XXX
<b>Renovación</b>	XXXX

**PRIMA SEGÚN PLAN SOLICITADO**

<input type="checkbox"/> Plan X				<input type="checkbox"/> Plan Y			
<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Titular + Adicional		<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Titular + Adicional	
Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX
Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX

**Frecuencia de pago:** XXXX  
**Lugar y forma de pago:** XXXX

La prima comercial incluye:  
 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

**Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX días, 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 se comuniquen 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.**

### 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 DEL MICROSEGURO)

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Natural	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada indicada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX <b>Periodo de Carencia:</b> XXX
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO 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 y le ocasione la muerte. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b>  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 X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX <b>Periodo de Carencia:</b> XXX

### CLAUSULAS ADICIONALES

Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXX	XXX	XXXX

Asistencias*	Descripción	Eventos
--------------	-------------	---------

XXX	XXX	XXX
-----	-----	-----

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

**Manual de Asistencias:**  
**XXX**

Para solicitar alguna asistencia podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al XXX.

#### EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

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

- a) **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
- b) **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- c) **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.**
- d) **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.**
- e) **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.**
- f) **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**
- g) **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (solo para coberturas de invalidez total y permanente, cuando corresponda).**

LA COMPAÑÍA establece las exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva: XXX

#### ¿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 para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. 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. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos <sup>1</sup>	Muerte Natural	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia <sup>2</sup> es el documento que contiene las conclusiones del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		<input checked="" type="checkbox"/>
Protocolo de Necropsia <sup>2</sup> – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal <sup>2</sup> (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>2</sup> (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje 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 Publico, y es adicional al Dosaje etílico		<input checked="" type="checkbox"/>
Copia debidamente foliada y fedeateada de Historia Clínica o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Documento que acredite la filiación entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular <sup>3</sup> que puede ser: (a) Copia Certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de nacimiento del beneficiario, (b) Copia Certificada por el Poder Judicial de la Sentencia de adopción firme o de la Sentencia de declaración de paternidad firme, (c) Copia Certificada de la Partida Registral donde aparezca inscrito el contenido del Testamento. Se obtiene en Registros Públicos,, o (d) Documento de fecha cierta donde conste el reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial). O en su caso, documento que acredite el vínculo matrimonial entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular, consistente en Acta o Partida de Matrimonio (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>1</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.

<sup>2</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

<sup>3</sup> Este documento se solicitará cuando la cobertura se solicite por la muerte natural o accidental del asegurado adicional.

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

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.

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 antes señalada 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 lo señalado en la Solicitud-Certificado. En caso EL ASEGURADO TITULAR no haya designado a los BENEFICIARIOS, 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.

## 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 TITULAR y/o al ASEGURADO ADICIONAL 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 TITULAR, y/o ASEGURADO ADICIONAL 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 (TITULAR O ADICIONAL) 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 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 acceder a la Solicitud - Certificado.
2. La integridad y autenticidad de la Solicitud -Certificado se acreditará a través de una 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@crecersegueros.pe](mailto:gestionalcliente@crecersegueros.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 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. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de comunicación que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, 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.

## 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 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 contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
- 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 con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- 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 N° 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Creceer Seguros con RUC N° 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre N° 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”<sup>1</sup> situado 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 N° 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 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 formulario<sup>3</sup> que consta en nuestro portal Web.

#### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- I. 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>4</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.

En atención al principio de proporcionalidad, la información 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 solicitado.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar 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

<sup>3</sup> 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>4</sup> <http://portal.creceseguros.pe/Home/Consulta>

4

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535 – San Isidro

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.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, 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.

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

--	--

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Solicitante (Asegurado Titular)
--	---