

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

Póliza N° _____ / Solicitud- Certificado N° _____

DATOS DE LA COMPAÑÍA 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@creceerseguros.pe				
DATOS DEL CONTRATANTE			DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social:			Nombre o Razón social:	
Documento de identidad:			Documento de identidad:	
Domicilio:			Domicilio:	
Teléfono:			Teléfono:	
DATOS DEL CORREDOR				
Denominación Social		Registro Oficial		
Dirección		Teléfono		Comisión
DATOS DEL SEGURO				
Coberturas	Renta por Muerte Natural y Renta por Muerte Accidental			
Inicio de vigencia	XXX			
Fin de vigencia	XXX			
Renovación	XXXX			
PRIMA				
Prima Comercial	XXXX	Frecuencia de pago: XXXX		
Prima Comercial + IGV	XXXXX	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 PRINCIPALES DEL SEGURO				
Cobertura	Descripción			Suma asegurada y condiciones
Renta por Muerte Natural	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.			Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX
Renta por Muerte Accidental	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.			Deducible: XXX Beneficiario: El señalado en la presente Solicitud-Certificado.
COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO				

Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones
XXX	XXXX	XXX

Importante: 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.

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

Asistencia	Descripción	Evento
XXX	XXX	XXX

Manual de Asistencias:

XXX

Para solicitar alguna asistencia podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al XXX para Lima o XXX para Provincias.

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).
- 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.
- 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.
- 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.

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

Documentos ²	Renta por Muerte Accidental	Renta por Muerte Natural
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 médico que certifica la muerte en el domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). ¹ 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 – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaron al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). ¹ 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 ¹ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). ¹ 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 Público, y es adicional al Dosaje etílico.	<input checked="" type="checkbox"/>	–
Historia clínica completa (copia foliada y fedateada) ó epicrisis completa (copia simple). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.	–	<input checked="" type="checkbox"/>
DNI del Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

² 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

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 ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. 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 la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado o Solicitud Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podrá 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, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré 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@crecerseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

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

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

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 requerimientos 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 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.
- 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.

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 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.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos					
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Envío de comunicaciones	Dirección				
	Correo electrónico				
	N° de Teléfono				

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.

Nombres y Apellidos(*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el asegurado	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.

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

Crecer 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”¹ 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 seguros²; 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 formulario³ 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 económico⁴ 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.

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

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros

³ 183°.- 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.

⁴ <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

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 Creceer Seguros	Firma del asegurado