

Solicitud de Seguro de Accidentes Código SBS N° AE1786100056

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

Características del Seguro

ASEGURADO			
Persona Natural cuya vida e integridad física se asegura en virtud de esta solicitud, que cumple con los requisitos de edad establecidos en este documento y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud de Seguro.			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: XXX			
Edad máxima de ingreso al seguro: XXX			
Edad máxima de permanencia: XXX			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: XXX			
Fin de vigencia: XXX			
Renovación: XXX			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)			
Cobertura	Descripción	Condiciones	
		Plan X	Plan Z
Muerte Accidental	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en las Condiciones Particulares y en esta solicitud, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa e inmediata de un Accidente, según la definición establecida en este documento.</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 a más tardar dentro de XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX 	<ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX
<p>Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</p>			
COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y condiciones	
XXX	XXX	XXX	
<p>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.</p>			
ASISTENCIAS*:			
Asistencias	Condiciones		Eventos
XXX	XXXX		XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX			

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

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: XX

	Plan X	Plan Z
Prima Comercial	XX	XX
Prima Comercial + IGV	XX	XX

La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.	

Frecuencia:

Lugar y forma de pago:

Gastos administrativos: XXX

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características de este Seguro.
 - Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro.
 - 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 o que haya proporcionado al 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, en caso la compañía decida su utilización, el 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 párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del 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 de Seguro. La Póliza de Seguro 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.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de una Firma digital), y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
5. Entiendo que el uso indebido de la clave de 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 los datos de contacto de LA COMPAÑÍA señalados en este documento. 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, 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.

- LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro.
- En caso de modificaciones a la póliza durante su vigencia. La COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado al contrato. En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY NRO. 29733 – DS NRO. 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 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 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 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 formulario 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 remitirte 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 económico³, 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.

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 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

³

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

ASEGURADO															
Apellido paterno del Asegurado							Apellido materno del Asegurado								
Nombres del asegurado							Tipo de documento			N° documento					
							<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.								
Nacionalidad			Género		Fecha de nacimiento			Estado civil							
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /										
Datos de contacto:															
Dirección del domicilio							No / Mz. / Lt.		Distrito			Provincia			
Departamento			Teléfono celular			Teléfono fijo			Correo electrónico						
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR															
Nombre o Razón social							RUC								
Dirección															
Distrito							Provincia								
Departamento							Teléfono								

PLAN ELEGIDO
XXXX
BENEFICIARIOS
Aplica para las coberturas de XXX donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, en caso corresponda, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en esta Solicitud.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO			
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 legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

Declaro que he tomado conocimiento 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.creceerseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación de este seguro

Emitido el ____ de _____ de _____

Firma del representante de Creceer Seguros	Firma del asegurado

Certificado de Seguro de Accidentes
Código SBS N° AE1786100056

En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la Póliza de seguro.

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte accidental
Beneficiario	El indicado en la Solicitud de Seguro. 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. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.
Inicio de vigencia	XXX
Fin de vigencia	XXX
Renovación	XXXX

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Correo electrónico		Teléfono	

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	N° de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Ocupación	
Dirección del domicilio	N° / Mz. / Lt.	Distrito	Provincia	
Departamento				

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro: XXX

Edad máxima de ingreso al seguro: XXX

Edad máxima de permanencia: XXX

COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Condiciones
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en las Condiciones Particulares y en este Certificado cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente , según la definición establecida en este documento	<ul style="list-style-type: none"> • Suma asegurada: XXX • Periodo de carencia: XXX • Deducible: XXX

<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 a más tardar dentro de los XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p> <p>Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo</p>		
COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO		
Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXX	XXX	XXX
Asistencias*:		
Asistencia	Condiciones	Eventos
XXX	XXX	XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		
<p>*Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.</p> <p>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</p>		

Comentado [CA1]: CONSULTA / AGREGAR: Se consulta donde se establecerían las coberturas adicionales de ser incluidas (riesgos cubiertos). De ser el caso, deberá agregar el espacio para las mismas.

Comentado [CA2R1]: Se agrega el respectivo campo

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

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

1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, 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.
2. 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, 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.

LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que formen parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva:

XXX

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial: Es una prima única de pago anticipado como se observa en la siguiente tabla:

Plan Elegido	XXX
Prima Comercial	XXX
Prima Comercial + IGV	XXX
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros.	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.	

Frecuencia: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

Gastos Administrativos: XXX

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGÚN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe. Los requerimientos serán atendidos oportunamente, de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos o requerimientos se dará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero 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 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, 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 este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos¹ obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

Comentado [CA3]:

Asimismo, se consulta si los datos establecidos para la solicitud de cobertura de siniestro, también sirven para la orientación respectiva, a la que se refiere el numeral 11 del artículo 23 del RGCM.

Comentado [CA4R3]: Si, estos son los canales puestos a disposición para orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, por ese motivo, lo colocamos dentro de los datos de contacto de qué hacer en caso de siniestro.

- **Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).**
- **Partida o Acta de Defunción. (documento original emitido por el Reniec o certificación de reproducción notarial)**
- **Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial)2.**
- **Protocolo de Necropsia (copia simple)2.**
- **Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple)2.**
- **Dosaje Etilíco y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia)2.**
- **En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud o Solicitud -Certificado, 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 o Resolución Judicial firme de Declaración de Herederos.**

1 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.

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

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO o en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO, listada en este documento, que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

Una vez aceptado o consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro. El pago se efectúa directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO. La indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, 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 el Certificado o la Solicitud-Certificado.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, CONSULTA O RECLAMO?

Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

<p>Defensoría del Asegurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: 01-4210614 	<p>Departamento de Servicios al Ciudadano - SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) – Solo recibe denuncias y consultas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro Lima, Perú. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<p>INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	<p>Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley. Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.</p>

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDO RESOLVER MI CERTIFICADO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

- **Resolución**

El Certificado quedará resuelto con respecto al ASEGURADO cuando se produzca las siguientes causales:

1. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 9 de las Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y no corresponde la devolución de primas no devengadas.
2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO o LA COMPAÑÍA, debiendo comunicarlo a la otra parte utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en un plazo no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, esta opera desde notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.
3. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido
4. Las demás causales de resolución se encuentran detalladas en el Artículo 9 de las Condiciones Generales.

Asimismo, para el numeral 3, LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso del numeral 2, corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos que correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, en su oportunidad se encontraran precisados en este Certificado. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado, la Compañía queda liberada de su prestación.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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.

INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Creceer Seguros en la fecha de realización del pago.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Creceer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.

Creceer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. El Contratante 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 Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado hasta el término de su vigencia. CRECER



Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SEGUROS deberá proporcionar a EL CONTRANTE documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado al Contrato.

- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir mi Certificado de Seguro y comunicaciones relacionadas a este seguro, incluyendo modificaciones y futuras renovaciones, tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, en caso corresponda, serán los mismos que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro y/o en los descritos en este documento. 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.

Fecha de emisión: ___ / ___ / ___

Representante de
Crecer Seguros

RESUMEN - SEGURO DE XXX

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú.
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
- Página web: www.crecerseguros.pe
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. ¿Cuál es la vigencia de la póliza de seguros?

La vigencia de la póliza – tiempo de duración del contrato de seguro entre el Contratante y la Compañía-se detalla: XXXX

3. ¿Cuál es el monto de la prima comercial?

La prima comercial es el valor monetario determinado por LA COMPAÑÍA en contraprestación por las coberturas otorgadas en la Póliza. Es el precio del seguro.
Se detalla XXXX

4. ¿Cuál es el medio y plazo establecido para dar el aviso de 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 en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe o por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o al (0801) 17440 (para Provincias).

5. ¿Cuáles son los lugares autorizados y el procedimiento para solicitar la cobertura del seguro?

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas de Crecer Seguros o del Comercializador, cuyos datos se encuentran en el Certificado o Solicitud-Certificado, asimismo, los documentos obligatorios a presentar se encuentran señalados en el Artículo N° 13 de las Condiciones Generales.

Crecer Seguros deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización del asegurado o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

6. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

El riesgo cubierto por esta póliza es muerte accidental.

7. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

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

1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, 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.

2. 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, 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.

LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que formen parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

8. ¿Cómo se ejerce el derecho de arrepentimiento?

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE ACCIDENTES

Póliza N° “X”

Solicitud-Certificado N° “X”

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR		
Nombre o Razón social		RUC
Dirección		
Distrito		Provincia
Departamento		Teléfono
ASEGURADO		
Persona Natural cuya vida e integridad física se asegura en virtud de esta Solicitud-Certificado, que cumple con los requisitos de edad establecidos en este documento y se encuentra debidamente identificado en la presente Solicitud – Certificado.		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO		
Edad mínima de ingreso al seguro: “X” Edad máxima de ingreso al seguro: “X” Edad máxima de permanencia: “X”		
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: XXX Fin de vigencia: XXX Renovación: XXX		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Condiciones	
	PLAN X	PLAN Z
<p>Muerte Accidental</p> <p>LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en las Condiciones Particulares y en esta Solicitud-Certificado cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa e inmediata de un Accidente, según la definición establecida en este documento.</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 a más tardar dentro de los XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suma asegurada: XXX • Periodo de carencia: XXX • Deducible: XXX 	<ul style="list-style-type: none"> • Suma asegurada: XXX • Periodo de carencia: XXX • Deducible: XXX
<p>Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</p>		

COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXX	XXX	XXX

ASISTENCIAS*

Asistencias	Condiciones	Eventos
XXX	XXXX	XXX

Manual de uso de Asistencias:

XXX

*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:

1. **Preexistencia:** condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, 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.
2. 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, 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.

LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que formen parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva:

XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial: XXX

	Plan X	Plan Z
Prima Comercial	XX	XX
Prima Comercial + IGTV	XX	XX
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje	
	Plan X	Plan z

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

Frecuencia: XXX
Lugar y forma de pago: XXX
Gastos administrativos: XXX

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGÚN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Los requerimientos serán atendidos oportunamente, de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos y requerimientos se dará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero 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 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, 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 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.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos1 obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

- Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).
- Partida o Acta de Defunción. (documento original emitido por el Reniec o certificación de reproducción notarial)
- Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial)2.
- Protocolo de Necropsia (copia simple)2.
- Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple)2.
- Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia)2.
- En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud o Solicitud -Certificado, 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 o Resolución Judicial firme de Declaración de Herederos.

1 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.

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

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO o en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO, listada en este documento, que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega

de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

Una vez aceptado o consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro. El pago se efectúa directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO. La indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, 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 el Certificado o la Solicitud-Certificado.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, CONSULTA O RECLAMO?

Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

<p>Defensoría del Asegurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: 01-4210614 	<p>Departamento de Servicios al Ciudadano - SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) – Solo recibe reclamos y denuncias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<p>INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	<p>Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p> <p>Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.</p>

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES SE PUEDE RESOLVER MI CONTRATO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA? (Art. 12 del Condicionado General)

La Solicitud - Certificado quedará resuelto con respecto al ASEGURADO cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

1. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 9 de las Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y no corresponde la devolución de primas no devengadas.
2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO o LA COMPAÑÍA, debiendo comunicarlo a la otra parte, utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en un plazo no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, esta opera desde notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.
3. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido
4. Las demás causales de resolución se encuentran detalladas en el Artículo 9 de las Condiciones Generales.

Asimismo, para el numeral 3, LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso del numeral 2, corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos que correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, en su oportunidad se encontraran precisados en este Certificado. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda. En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado, la Compañía queda liberada de su prestación.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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 el asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer Seguros en la fecha de realización del pago.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. El Contratante 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 Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado, hasta el término de su vigencia. CRECER SEGUROS deberá proporcionar a EL CONTRANTE documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado al Contrato.

Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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 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 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 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 formulario 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 remitirte 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 económico³, 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.

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 Artículo 183º.- 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

³

EMPRESA

DIRECCIÓN

Banco Pichincha

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores

Diners Club Perú S.A.

Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

Carsa

Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno del Asegurado										Apellido materno del Asegurado									
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres del asegurado										Tipo de documento					N° documento				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--

										<input type="checkbox"/> D.N.I.					<input type="checkbox"/> C.E.				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	--	--

Nacionalidad					Género					Fecha de nacimiento					Estado civil				
--------------	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--

					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					/ /									
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos de contacto:

Dirección del domicilio										No / Mz. / Lt.					Distrito					Provincia				
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Departamento					Teléfono celular					Teléfono fijo					Correo electrónico				
--------------	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLAN ELEGIDO

XXXX

BENEFICIARIOS

Aplica para las coberturas de XXX donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, en caso correspondan, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

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 legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características de este Seguro.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- 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 o que haya proporcionado al 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, en caso la compañía decida su utilización, la presente la Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo modificaciones y 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 párrafo anterior, 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 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.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
 3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de una Firma digital, y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
 4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
 5. Entiendo que el uso indebido de la clave de 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@creceseguros.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, 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.

- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-Certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifiquen las condiciones me asiste el derecho a resolver mi Solicitud-Certificado.
- **En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi 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. 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 Crecer Seguros	Firma del asegurado