

**SOLICITUD DE SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES**  
**Código SBS N° VI1787300005**

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

**Características del Seguro**

<b>ASEGURADOS</b>	
Trabajadores empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial. Todos los trabajadores, antes indicados, tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador, a partir del inicio de la relación laboral.	
<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>	
Inicio de vigencia:	
Fin de vigencia:	
Renovación:	
<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>	
<b>Razón social</b>	<b>RUC</b>
<b>Dirección</b>	<b>Distrito</b>
<b>Provincia</b>	<b>Departamento</b>
<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfono</b>
<b>DATOS DEL COMERCIALIZADOR</b>	
<b>Razón Social</b>	<b>RUC</b>
<b>Dirección</b>	<b>Departamento</b>
<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfono</b>
<b>INFORMACION DE LOS ASEGURADOS</b>	
<b>N° de Empleados:</b>	<b>Total de Planilla:</b>
<b>N° de Obreros:</b>	<b>Total de Planilla:</b>
<b>N° de Empleados mayores de 60 años:</b>	<b>N° de Empleados con sueldo mayor a la Remuneración Máxima Asegurable para seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el SPP:</b>
<b>N° de trabajadores Fallecidos en los últimos 5 años:</b>	<b>Sueldo Máximo:</b>
El total de planilla o sueldos a declarar es aquel que se consigna en los libros de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el trabajador, aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el límite de la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Cuando se trate de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses.	
<b>EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)</b>	
<b>Coberturas básicas<sup>1</sup></b>	<b>Suma asegurada</b>
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado, en los tres últimos meses previos a su fallecimiento.
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.

Invalidéz Total y Permanente por Accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.
--	--

<sup>1</sup> Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro. Adicionalmente, estas coberturas no conllevan una edad máxima de ingreso ni permanencia en la póliza.

**COBERTURAS ADICIONALES:**

**(En caso se contraten las coberturas adicionales por el CONTRATANTE)**

Coberturas Adicionales <sup>2</sup>	Suma asegurada <sup>3</sup>	Condiciones y beneficiarios
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX

<sup>2</sup>Las coberturas adicionales tienen un límite edad de ingreso y permanencia para los asegurados en la póliza de hasta xx años.

Durante la vigencia del seguro se podrá utilizar todas las coberturas adicionales con un máximo de "X" evento(s) por año de cobertura, excepto en aquellas relacionadas con el fallecimiento que se cubrirán por única vez.

<sup>3</sup>Para las coberturas relacionadas con enfermedad o muerte natural, se define la remuneración mensual asegurable con el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres últimos meses previos a su fallecimiento. Para las coberturas relacionadas con un accidente, se toma en cuenta el monto de la última remuneración mensual asegurable, según lo establecido en las Condiciones Generales.

**Remuneración máxima asegurable aplicable a las coberturas adicionales: xxxxxxx**

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima comercial:** Es la prima que resulta de multiplicar la suma de las remuneraciones mensuales de los Empleados u Obreros asegurados por la tasa neta que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses corresponde a la vigencia de la presente póliza:

	Tasa neta mensual (%)
Empleados	
Obreros	

Vigencia: xx meses

**Prima comercial xxxxx:** S/ xxxx.xx

**Prima Comercial xxxxx+ IGV:** S/ xxxx.xx

Descripción general	Monto o porcentaje
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	XXX
Cargos por la comercialización de seguros	XXX

a través de la bancaseguros u otro comercializador	
Cargos por la intermediación de seguros a través de corredores de seguros y número de registro del corredor.	XXX

**Frecuencia de pago:** "X"

**Forma de pago:** "X"

**Lugar de pago:** "X"

**Oportunidad de pago:** "X"

#### BENEFICIARIOS

Beneficiario	El asegurado en caso de Invalidez total y permanente por accidente. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.
Beneficiario(s) adicional(es) <sup>2</sup>	El cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 321 del Código Civil y de los descendientes; sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años. El trabajador deberá entregar a su empleador una declaración jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, sobre los beneficiarios del seguro de vida, con estricta observancia del orden establecido en el artículo 1 de esta Ley y con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Es obligación del trabajador comunicar a su empleador las modificaciones que puedan ocurrir en el contenido de la declaración jurada.

<sup>2</sup>Conforme a lo establecido en el Artículo N° 1 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y demás disposiciones vigentes sobre el particular.

#### EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

**COBERTURAS PRINCIPALES:** De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el Seguro de Vida Ley, no existen exclusiones para las coberturas básicas previstas en el Artículo N°5 de las Condiciones Generales de la presente Póliza.

**COBERTURAS ADICIONALES:** Cuando la hayan suscrito LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, resultan aplicables los términos de cada Cláusula Adicional del Seguro de Vida Ley.

#### Declaraciones y Autorizaciones

- El Contratante declara haber sido informado sobre las principales características del Seguro Vida Ley de Crecer Seguros.
- **El Contratante declara haber sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada a la Aseguradora relativa a la planilla de empleados y obreros, podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.**

- El Contratante autoriza expresamente a Crecer Seguros a enviarle por medios electrónicos la póliza de Seguro y declara haber sido informado de los pasos para acceder de la póliza electrónica del Seguro.
- La recepción de la presente solicitud de parte de CRECER SEGUROS genera la obligación de poner a disposición la póliza correspondiente al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción, si no media rechazo previo de la solicitud, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

**IMPORTANTE:**

- El Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; por lo tanto, autoriza - a CRECER SEGUROS - al acceso de dicha información, bajo el marco antes señalado.

**Comunicaciones:**

El Contratante declara haber sido informado y aceptar que: el domicilio y/o correo electrónico que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante el Contratante al momento de solicitar la tarjeta de crédito y/o débito asegurado. Asimismo, declaro haber sido informado y acepto, que, en caso el Asegurado presente una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros 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 brindará respuesta a la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario, deberá ser comunicado a Crecer Seguros por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Fecha de firma: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Firma y Sello de la Empresa Solicitante

---

Representante de  
Crecer Seguros

## RESUMEN - SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES COD. SBS N° VI1787300005

### INFORMACIÓN GENERAL

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

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, Miraflores, Lima – Perú.
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
- Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe)

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

XXX

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

Prima Comercial xxxx: xxx

Prima Comercial xxxxx + IGV: xxx

#### 4. ¿Cuáles son los canales para recibir orientación en caso de solicitud de cobertura?

A efectos de recibida una adecuada orientación, el asegurado o sus beneficiarios pueden comunicarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe).

### INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

#### 5. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son las coberturas básicas de muerte (natural o accidental) e invalidez total y permanente por accidente y las coberturas adicionales que hayan sido contratadas por su empleador. Las coberturas básicas son excluyentes

entre sí; es decir, que solo se podrá utilizar una de ellas durante la vigencia de la Póliza.

Además de las coberturas básicas, se podrán otorgar coberturas adicionales, siempre que el empleador las haya contratado. En ese caso, las coberturas adicionales se listarán en el Certificado de Seguro.

#### 6. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, en el Seguro de Vida Ley no existen exclusiones para las coberturas básicas.

En el caso el Contratante haya contratado coberturas adicionales, no se pagará el siniestro por las mismas cuando este ocurra como consecuencia de:

a. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.

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

c. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito.**

d. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**

e. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier**

naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

f. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.

g. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total y permanente).

Adicionalmente, no se pagará la suma asegurada correspondiente a las coberturas adicionales, en los siguientes casos:

h. Incapacidad para el trabajo: siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.

i. Renta por fallecimiento en accidente de trabajo: siniestro ocasionado como consecuencia de alcohol o drogas.

j. Trasplante de órganos: cuando la enfermedad que origina el trasplante se haya diagnosticado durante el año anterior a la fecha de ingreso del asegurado en la Póliza.

k. Fallecimiento por infarto al Miocardio: cuando el asegurado haya sido diagnosticado de enfermedad coronaria durante el año anterior a su fecha de ingreso en la Póliza. Se considera como enfermedad coronaria: angina estable, angina inestable, angina de Prinzmetal, angor pectoris, cardiopatía coronaria, cardiopatía isquémica, cirugía de revascularización miocárdica y colocación de stent.

l. Fallecimiento por Accidente Cerebro Vascular (ACV): cuando el asegurado haya tenido uno o más episodios de ACV con recuperación de diverso grado, antes de su ingreso a la Póliza, sin importar el tiempo de antigüedad del primer episodio.

m. Coma: coma que no dure más de 48 horas o coma ocasionado por sobredosis de psicofármacos.

n. Cirugía Puente Aortocoronario (by Pass): cuando la cirugía sea consecuencia de enfermedades congénitas o enfermedad diagnosticada dentro del año anterior a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

7. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia en el seguro?

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a todos los trabajadores, quienes tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador – El Contratante- a partir del inicio de la relación laboral. Los trabajadores deben figurar en los registros del Contratante y ser declarados a Crecer Seguros en formato oficial.

#### IMPORTANTE

El presente producto presenta obligaciones a cargo del asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

**CERTIFICADO DE SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES**  
**Código SBS N° VI1787300005**

**DATOS DEL SEGURO**

<b>Póliza N°</b>	
<b>Certificado N°</b>	
<b>Asegurados<sup>1</sup></b>	Trabajadores, empleados y obreros del Contratante, declarados a la Compañía en el formato oficial.
<b>Beneficiario en caso de ITP por accidente</b>	El asegurado en caso de invalidez total y permanente por accidente. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.
<b>Beneficiario(s) adicional(es)<sup>2</sup></b>	En caso de muerte del Asegurado serán los establecidos en el Decreto Legislativo N° 688 El trabajador deberá entregar a su empleador una declaración jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, sobre los beneficiarios del seguro de vida, con estricta observancia del orden establecido en el artículo 1 de esta Ley y con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Es obligación del trabajador comunicar a su empleador las modificaciones que puedan ocurrir en el contenido de la declaración jurada. El cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 321 del Código Civil y de los descendientes; sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde las 00:00 horas del día xx/xx/xxxx
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta que la póliza se encuentre vigente o fecha en la que el asegurado deja de trabajar para el Contratante, fecha en la que el Contratante deja de incluirlo en su declaración de planilla o fecha en la que ocurre un evento asegurado por una cobertura básica; lo que ocurra primero.

<sup>1</sup> Los Asegurados tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador, a partir del inicio de la relación laboral.

<sup>2</sup> De acuerdo con lo establecido en el Artículo N° 1 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y demás disposiciones vigentes sobre el particular.

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

<b>Razón social</b>	Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros	<b>RUC</b>	20600098633
<b>Dirección</b>	Av. Jorge Basadre 310	<b>Distrito</b>	San Isidro
<b>Provincia</b>	Lima	<b>Departamento</b>	Lima
<b>Correo electrónico</b>	gestionalcliente@creceerseguros.pe	<b>Teléfono</b>	(01) 4174400

**DATOS DEL COMERCIALIZADOR**

<b>Razón social</b>	XXX	<b>RUC</b>	XX
<b>Dirección</b>	XXX	<b>Distrito</b>	XXX
<b>Provincia</b>	XXX	<b>Departamento</b>	XXX



<b>Correo electrónico</b>	XXX	<b>Teléfono</b>	XXX
---------------------------	-----	-----------------	-----

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>Razón social</b>		<b>RUC</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Distrito</b>	
<b>Provincia</b>		<b>Departamento</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO**

<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Tipo de documento</b>	<b>Nº de documento</b>	<b>Género</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
<b>Teléfono fijo</b>	<b>Teléfono celular</b>	<b>Correo electrónico</b>	
<b>Dirección del domicilio</b>		<b>Nº / Mz. / Lt.</b>	<b>Distrito</b>
			<b>Provincia</b>
<b>Departamento</b>	<b>Relación con el contratante</b>		
	Trabajador empleado u obrero del contratante		

**COBERTURAS DEL SEGURO**

<b>Cobertura Básica<sup>3</sup></b>	<b>Descripción</b>	<b>Suma asegurada</b>
Muerte Natural	Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de lo indicado en la cobertura de Muerte Accidental.	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado, en los tres últimos meses previos a su fallecimiento.
Muerte Accidental	Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente.	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.
Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITP)	Se cubre la Invalidez total y permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.  Según lo indicado en el Artículo 5 del Decreto Legislativo N° 688, deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:  Invalidez total y permanente (ITP) por accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la ITP.



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>2. Descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida.</li> <li>3. Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>4. Pérdida total de ambas manos.</li> <li>5. Pérdida total de ambos pies.</li> <li>6. Pérdida total de una mano y un pie.</li> <li>7. Alienación mental absoluta e incurable.</li> <li>8. Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.</li> </ol> <p>La invalidez debe estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD, el Ministerio de Salud, el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC); en el cual se indique un diagnóstico que implique una de las situaciones enumeradas en el cuadro anterior.</p>	
--	--	--

<sup>3</sup>Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

**(Información en caso aplique)**

Cobertura adicional <sup>3</sup>	Descripción, Beneficiario y Condiciones	Suma asegurada <sup>5</sup>
XX	YY	ZZ
XX	YY	ZZ
XX	YY	ZZ
XX	YY	ZZ

<sup>4</sup>Las coberturas adicionales tienen un límite edad de ingreso y permanencia para los asegurados en la póliza de hasta xx años.

Durante la vigencia del seguro se podrá utilizar todas las coberturas adicionales con un máximo de "X" evento(s) por año de cobertura, excepto en aquellas relacionadas con el fallecimiento que se cubrirán por única vez.

<sup>5</sup>Para las coberturas relacionadas con enfermedad o muerte natural, se define la remuneración mensual asegurable con el promedio de lo percibido por el asegurado en los tres últimos meses previos a su fallecimiento. Para las coberturas relacionadas con un accidente, se toma en cuenta el monto de la última remuneración mensual asegurable, según lo establecido en las Condiciones Generales.

## EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

### Coberturas Principales:

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, en el Seguro de Vida Ley no existen exclusiones para las coberturas básicas.

### Coberturas Adicionales:

Cuando la hayan suscrito LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, resultan aplicables los términos de cada Cláusula Adicional del Seguro de Vida Ley.

XXX

## PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

**Prima comercial:** Es la prima que resulta de multiplicar la suma de las remuneraciones mensuales de los Empleados u Obreros asegurados por la tasa neta mensual que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses que corresponde a la vigencia de la presente póliza:

	Tasa neta mensual (%)
Empleados	xx.xx%
Obreros	xx.xx%

**Vigencia:** xx meses

**Prima comercial xxxxx:** S/ xxxx.xx

**Prima Comercial xxxxx+ IGV:** S/ xxxx.xx

Descripción general	Monto o porcentaje
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	XX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XX
Cargos por la intermediación de seguros a través de corredores de seguros y número de registro del corredor	XX

**Frecuencia de pago:**

**Forma de pago:** "X"

**Lugar de pago:** "X"

**Oportunidad de pago:** "X"

## ¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas 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. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

## ¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

A efectos de ser orientado correctamente sobre el procedimiento para solicitar la cobertura del seguro, el Asegurado, el beneficiario o un tercero, deberá comunicar a LA COMPAÑÍA la ocurrencia del siniestro. Para ese efecto, podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias) o por correo electrónico a

[gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). A través de dichos canales se les informará la documentación a presentar y el procedimiento de pago en caso de siniestro,

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI

NO

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

SI

NO

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

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

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

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

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

#### INFORMACION ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro 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 contratante 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 durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.**
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas.
- Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario, deberá ser comunicado a CRECER SEGUROS por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.
- En caso se produzca el cese de EL ASEGURADO activo, este puede optar por mantener su seguro de vida; suscribiendo con la empresa de seguros una póliza de vida individual con vigencia anual renovable, asumiendo por cuenta propia el pago de las primas correspondientes. Para estos efectos, EL ASEGURADO deberá comunicar por escrito a LA COMPAÑÍA su intención de continuar asegurado en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde el término de la relación laboral con EL CONTRATANTE.

#### COMUNICACIONES y AUTORIZACIONES

- EL ASEGURADO ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que CRECER SEGUROS utilizará para remitirle comunicaciones en su calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante EL CONTRATANTE al inicio y/o durante su relación laboral. Asimismo, declara haber sido informado y acepto, que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, CRECER SEGUROS 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 brindará respuesta a la solicitud.

- EL ASEGURADO reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; por lo tanto, autoriza - a CRECER SEGUROS - al acceso de dicha información, bajo el marco antes señalado.

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

---

**CRECER SEGUROS SA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS**

---

**EL CONTRATANTE**