

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO ONCOLÓGICO**  
**CÓDIGO SBS N° VI1787200062.**

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
<b>Denominación o Razón social:</b> Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
<b>RUC:</b> 20600098633			
<b>Domicilio:</b> Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.			
<b>Teléfono:</b> Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.			
<b>Correo electrónico:</b> gestionalcliente@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
<b>Nombre o Razón social:</b>		<b>Nombre o Razón social:</b>	
<b>Documento de identidad o RUC:</b>		<b>Documento de identidad o RUC:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Distrito</b>	<b>Dirección:</b>
<b>Provincia</b>	<b>Provincia</b>	<b>Departamento</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Teléfono</b>		<b>Teléfono</b>	
DATOS DEL CORREDOR			
<b>Denominación Social</b>		<b>Número de Registro Oficial SBS</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Correo:</b>
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de permanencia: "X"			
EVENTOS ASEGURADOS			
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones	
<b>Muerte Natural</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en esta Solicitud-Certificado, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de una enfermedad, siempre que no esté incluido dentro de las exclusiones de la póliza.	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX	
<b>Indemnización por cáncer</b>	LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada e en esta Solicitud-Certificado, al ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin. <b>No se encuentra dentro de la cobertura de esta póliza el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos</b>	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX Eventos: XXXX	
CLAUSULAS ADICIONALES (En caso estas hayan sido contratadas por EL CONTRATANTE)			
<b>XXX</b>	XXX	XXX	

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

Asistencia	Condiciones	Eventos
XXX	XXX	XXX

**Manual de Asistencias:**

**XXX**

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

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

- i. **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.
- ii. **Fallecimiento a consecuencia de lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- iii. **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.**
- iv. **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.**
- v. **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.**
- vi. **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.**
- vii. **Fallecimiento a consecuencia de lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**
- viii. **Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.**

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

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@creceerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceerseguros.pe).

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. Asimismo, cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura, el ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios1:

**1. Muerte Natural**

- **Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el Asegurado o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.**
- **Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)**

- **Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.**
  - **Inscripción expedida por Registros Públicos del Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial) del Asegurado, los conceptos indemnizatorios que se paguen a los herederos legales se entregan en partes iguales, salvo que haya designado beneficiarios y porcentajes específicos durante la vigencia del seguro.**
- 2. Indemnización por cáncer**
- **Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico de cáncer o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.**
  - **Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.**

**Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada: XXX**

<sup>1</sup> *Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.*

**LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada.**

**El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o beneficiario. En este último caso, 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 enviándose al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en esta solicitud-certificado**

#### **COMUNICACIONES Y ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA**

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza, 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 debe entenderse como Solicitud Certificado. La Póliza 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](http://www.creceseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
5. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar

la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

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

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

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

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario.
- Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. El teléfono de LA COMPAÑÍA es: (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe) o a su dirección, Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima. La atención y respuesta a los reclamos y requerimientos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.

#### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

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

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

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro N° 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario<sup>3</sup> que consta en nuestro portal Web.

#### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI

NO

- II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>4</sup> con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

En atención al principio de proporcionalidad, la información requerida por la Compañía siempre resultará imprescindible para cumplir con la finalidad que ameritó la recopilación de “Los Datos”; en este sentido, de no proporcionarlos, la Compañía no podrán prestar el producto y/o servicio solicitado.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar nuestra política de privacidad publicada en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

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

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros

<sup>3</sup> 183°.- Plazo de conservación de documentos Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de 10 años.

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

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



DATOS DEL ASEGURADO					
Nombres y Apellidos					
Tipo de Documento	DNI _ CE N°	Genero	_ F _ M	Fecha de Nacimiento	
		Estado Civil			
Envío de comunicaciones	Dirección Correo electrónico N° de Teléfono				
DATOS DEL SEGURO					
Inicio de vigencia	XXX				
Fin de vigencia	XXX				
Renovación	XXXX				
PRIMA					
					<b>Plan X</b>
Prima Comercial					XX
Prima Comercial + IGV					XX
La prima comercial incluye:					<b>Monto o Porcentaje</b>
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
<p><b>Frecuencia de pago: XXXXXX</b>  <b>Lugar y forma de pago: XXXXXX</b>  <b>Gastos administrativos: XXXXXXXX</b>            Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.</p>					
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS					
<p>Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o adicionales, se otorgue la suma asegurada a LOS BENEFICIARIOS designados por EL ASEGURADO en la Solicitud-Certificado.</p>					
Nombres y Apellidos (*)		Tipo y N° de documento (*)		Relación con el asegurado	% Participación
<p>(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales, los conceptos indemnizatorios que se paguen a los herederos legales se entregan en partes iguales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado.</p>					

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

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

<b>Firma de representante de Creceer Seguros</b>	<b>Firma del asegurado</b>