

**SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR**  
**Código SBS N° VI1787200008**

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

**Características del Seguro**

<b>ASEGURADO</b>		
Persona Natural residente en el Perú cuya vida se asegura con esta Póliza, siempre que cumpla con los requisitos de edad establecidos en este documento y se encuentra debidamente identificado. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.		
<b>CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO</b>		
Edad mínima de ingreso al seguro: "X" Edad máxima de ingreso al seguro: "X" Edad máxima de permanencia: "X"		
<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>		
<b>Inicio de vigencia:</b> Fecha de emisión del Certificado de seguro. <b>Fin de vigencia:</b> Fecha en la que EL ASEGURADO cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero. <b>Renovación:</b> XXX		
<b>EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)</b>		
<b>Cobertura</b>	<b>Beneficios<sup>1</sup></b>	<b>Suma asegurada y condiciones<sup>3</sup></b>
Muerte natural: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de este documento.	<b>Pago por fallecimiento:</b> Se otorgará un pago único a EL BENEFICIARIO en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO.	<b>S/. "X"</b>
Muerte accidental: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones indicadas en este documento. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro del periodo de XXX contado desde la fecha de ocurrencia del accidente	<b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación superior de EL BENEFICIARIO, en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año de estudios en curso, con un máximo de 12 rentas en total <sup>2</sup> .	<b>PLAN X: S/. "A"</b> <b>PLAN Y: S/. "B"</b> <b>PLAN Z: S/. "C"</b>
<sup>1</sup> Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado del beneficiario menor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad que sea interdicto. <sup>2</sup> Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento de EL ASEGURADO o los inicie dentro del año del siniestro. <sup>3</sup> No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.		
<b>Importante:</b> este seguro presenta obligaciones a cargo de EL ASEGURADO, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.		
<b>CLÁUSULAS ADICIONALES</b>		
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:		

Cobertura Adicional	Descripción																					
"X"	"X"																					
<b>¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO CONSULTA SOBRE EL SEGURO?</b>																						
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 <a href="mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe">gestionalcliente@crecerseguros.pe</a> . LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.																						
<b>DERECHO DE ARREPENTIMIENTO</b>																						
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. 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.																						
<b>PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)</b>																						
Prima Comercial: XXX.																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prima comercial anual</th> <th>Prima comercial mensual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PLAN 1</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> <tr> <td>PLAN 2</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> <tr> <td>PLAN 3</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> <tr> <td>PLAN 4</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> <tr> <td>PLAN 5</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> <tr> <td>PLAN 6</td> <td>S/.</td> <td>S/.</td> </tr> </tbody> </table>		Prima comercial anual	Prima comercial mensual	PLAN 1	S/.	S/.	PLAN 2	S/.	S/.	PLAN 3	S/.	S/.	PLAN 4	S/.	S/.	PLAN 5	S/.	S/.	PLAN 6	S/.	S/.
	Prima comercial anual	Prima comercial mensual																				
PLAN 1	S/.	S/.																				
PLAN 2	S/.	S/.																				
PLAN 3	S/.	S/.																				
PLAN 4	S/.	S/.																				
PLAN 5	S/.	S/.																				
PLAN 6	S/.	S/.																				
La prima comercial incluye:																						
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y números 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 y otro comercializador: XXX																						
<b>Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.</b>																						
Frecuencia de pago: XXX																						
Lugar y forma de pago: "XXX".																						
Gastos administrativos: XXX																						
<b>BENEFICIARIOS</b>																						
Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en una institución de educación superior reconocida por el Estado Peruano, designado por EL ASEGURADO (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro.																					
<b>EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)</b>																						
No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:																						
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del 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.</li> <li>2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).</li> <li>3. El siniestro se haya originado a causa de la participación de EL 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.</li> </ol>																						

4. El siniestro se haya originado a causa de la participación de EL 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 de EL 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 implican 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.

#### EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

#### CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 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.creceersegueros.pe](http://www.creceersegueros.pe).

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

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

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

<sup>4</sup> <http://portal.creceersegueros.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

## SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

Fecha

Plan solicitado:

XXX

Apellido paterno del Asegurado										Apellido materno del asegurado										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombres del asegurado										Tipo de documento					N° documento					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad		Género		Fecha de nacimiento				Estado civil			Ocupación									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Dirección del domicilio										No / Mz. / Lt.					Distrito			Provincia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Departamento		Teléfono celular			Teléfono fijo			Correo electrónico												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Relación con el Beneficiario																				
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Curador																	

Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada

Frecuencia:  xxx  xxx

**Lugar y forma de pago:** "XXX"

Beneficiario (Nombres y apellidos)	Tipo de documento	N° de documento	Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		
Institución de educación superior	Grado / año		

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- **LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud.**
- **Autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.**
- **Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo con el artículo N° 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 modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando Superior de Crecer Seguros.
- 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:

- Por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en forma digital PDF,
- Por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
- Dentro del plazo de quince (15) días de aprobado el seguro, acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal de la web [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe) y seguir los siguientes pasos:
  - Dirigir el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "cliente nuevo" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
  - Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento

<b>Firma del solicitante</b>	
----------------------------------	--

---

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

**CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR**  
**Código SBS VI1787200008**

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

DATOS DEL SEGURO			
Póliza N°			
Certificado N°			
Eventos asegurados (Riesgos cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental de EL ASEGURADO		
Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en una institución de educación superior reconocida por el Estado Peruano, designado por EL ASEGURADO (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de seguro.		
Inicio de vigencia	XXX		
Fin de vigencia	XXX		
DATOS DE LA ASEGURADORA			
Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros	RUC	20600098633
Dirección	Av. Jose Basadre 310, piso 2	Distrito	San Isidro
Provincia	Lima	Departamento	Lima
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe	Teléfono	(01) 4174400
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón Social		RUC	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	
DATOS DEL ASEGURADO			
Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento	N° de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input checked="" type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Dirección del Domicilio	N° / Mz. / Lt	Distrito	Provincia
Teléfono fijo	Teléfono celular	Relación con el Contratante	
		Cliente del Contratante	
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"			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: XXX			
Fin de vigencia: XXX			
Renovación: XXX			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)			
Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>	Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>	
Muerte natural: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia	Pago por fallecimiento: Se otorgará un pago único a EL	S/. "X"	



<p>de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de este documento.</p> <p><b>Muerte accidental:</b> Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones indicadas en este documento. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro del periodo de XXX contado desde la fecha de ocurrencia del accidente.</p>	<p>BENEFICIARIO en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO</p> <p><b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación superior del EL BENEFICIARIO, en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año de estudios en curso, con un máximo de 12 rentas en total<sup>2</sup>.</p>	<p><b>PLAN 1: S/. "A"</b>  <b>PLAN 2: S/. "B"</b>  <b>PLAN 3: S/. "C"</b>  <b>PLAN 4: S/. "D"</b>  <b>PLAN 5: S/. "E"</b>  <b>PLAN 6: S/. "F"</b></p>
--	--	---

<sup>1</sup> Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado de EL BENEFICIARIO menor de edad o al curador de EL BENEFICIARIO mayor de edad que sea interdicto.

<sup>2</sup> Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento del asegurado o los inicie dentro del año del siniestro.

<sup>3</sup> No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.

**Importante:** este seguro presenta obligaciones a cargo de EL ASEGURADO, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

#### CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura Adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
"X"	"X"	XX
"X"	"X"	XX

#### ASISTENCIAS

Asistencias*	Descripción	Eventos
XXX	XXX	XXX

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

#### Manual de Asistencias:

XXX

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

#### BENEFICIARIOS

Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en una institución de educación superior reconocida por el Estado Peruano, designado por EL ASEGURADO (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro.
--------------	---

#### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial: XXX.

	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
PLAN 1	S/.	S/.
PLAN 2	S/.	S/.
PLAN 3	S/.	S/.
PLAN 4	S/.	S/.
PLAN 5	S/.	S/.
PLAN 6	S/.	S/.

La prima comercial Incluye:



Cargos por la intermediación de corredores de seguros y números 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 bancaseguro u otro comercializador: XXX  
**Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.**  
Frecuencia de pago: XXX  
Lugar y forma de pago: “XXX”.  
Gastos administrativos: “XXX”.

#### **EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del 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 de EL 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 de EL 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 de EL 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 implican 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.

#### **EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:**

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

#### **¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones 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 un siniestro, EL BENEFICIARIO, el tutor o representante legal en caso EL BENEFICIARIO sea menor de edad o al curador de EL BENEFICIARIO mayor de edad que sea interdicto 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. Para dar el aviso de siniestro o para cualquier orientación sobre el procedimiento, podrá acercarse a las Oficinas de EL 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

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

Para solicitar la cobertura, EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquiera de las oficinas de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios<sup>4</sup> requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

	Muerte Natural	Muerte accidental
Documento Nacional de Identidad de EL BENEFICIARIO (copia simple).	✓	✓
Constancia de Matrícula de EL BENEFICIARIO que indique el período de estudios en curso <sup>5</sup> (copia simple). Emitido por el centro de estudio de EL BENEFICIARIO.	✓	✓
Constancia de Tutela, curatela, partida de nacimiento o adopción <sup>6</sup> (original o certificación de reproducción notarial). Emitido por SUNARP (tutela o curatela) o por Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) (partida de nacimiento o adopción).	✓	✓
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)	✓	✓
Certificado de Necropsia <sup>7</sup> (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓
Atestado Policial Completo <sup>7</sup> (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>7</sup> (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.		✓

<sup>4</sup>Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

<sup>5</sup>Al inicio de cada período de estudios.

<sup>6</sup>Cuando EL BENEFICIARIO sea un menor de edad o cuando sea un mayor de edad interdicto.

<sup>7</sup>Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO las haya contratado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que solicite:

Documentos Obligatorios	Cobertura Adicional X	Cobertura Adicional Y	Cobertura Adicional X
XXX			
XXX			

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 LA COMPAÑÍA 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 ASEGURADO 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, en caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los 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 (previsto en el párrafo anterior) 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.

#### **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, este 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 forma, lugar y medio de LA COMPAÑÍA pone a su disposición, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO a EL 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 a EL 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 a EL COMERCIALIZADOR o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.

**CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 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.creceseiguos.pe](http://www.creceseiguos.pe).

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

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

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)

3 <http://portal.creceseiguos.pe/Home/Consulta>

4

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

### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro haber sido informado de este Certificado, Resumen, Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por EL ASEGURADO a Creceer Seguros y/o a EL COMERCIALIZADOR.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-Certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo con el 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.

### 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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Representante de Creceer Seguros</b>	
---	--

## SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

Póliza N° “X”

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 o DNI
Dirección		
Distrito		Provincia
Departamento		Teléfono
ASEGURADO		
Persona Natural residente en el Perú, cuya vida se asegura con esta Póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en este documento y se encuentra debidamente identificado en la presente Solicitud-Certificado. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.		
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”		
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: XXX Fin de vigencia: XXX Renovación: XXX		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Beneficios <sup>1</sup>	Suma asegurada y condiciones <sup>3</sup>
Muerte natural: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de este documento.	<b>Pago por fallecimiento:</b> Se otorgará un pago único a EL BENEFICIARIO en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO.	<b>S/. “X”</b>
Muerte accidental: Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones indicadas en este documento. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro del periodo de XXX contado desde la fecha de ocurrencia del accidente	<b>Renta estudiantil mensual:</b> El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación superior de EL BENEFICIARIO, en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten a EL BENEFICIARIO para culminar el año de estudios en curso, con un máximo de 12 rentas en total <sup>2</sup> .	<b>PLAN X: S/. “A” PLAN Y: S/. “B” PLAN Z: S/. “C”</b>



<sup>1</sup>Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado de EL BENEFICIARIO menor de edad o al curador de EL BENEFICIARIO mayor de edad que sea interdicto.

<sup>2</sup>Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento de EL ASEGURADO o los inicie dentro del año del siniestro.

<sup>3</sup>No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.

**Importante:** este seguro presenta obligaciones a cargo de EL ASEGURADO, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

#### CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura Adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
"X"	"X"	
X	X	
X	X	

#### ASISTENCIAS

Asistencias*	Descripción	Eventos
XXX	XXX	XXX

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

**Manual de Asistencias:**

**XXX**

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

#### BENEFICIARIOS

Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en una institución de educación superior reconocida por el Estado Peruano, designado por EL ASEGURADO (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud-Certificado.
--------------	---

#### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

**Prima Comercial:** XXX.

	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
<b>PLAN X</b>	S/.	S/.
<b>PLAN Y</b>	S/.	S/.
<b>PLAN Z</b>	S/.	S/.

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XXX

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX

**Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.**

**Frecuencia de pago:** Anual o mensual, según lo solicitado por EL ASEGURADO.

**Lugar y forma de pago:** "XXX".

**Gastos administrativos:** XXX

#### EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO



No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del 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 de EL 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 de EL 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 de EL 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 implican 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.

#### **EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:**

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

#### **¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones 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 BENEFICIARIO o un tercero deberá comunicar 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 dar el aviso de siniestro o para cualquier orientación sobre el procedimiento, podrá acercarse a las Oficinas 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](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

Para solicitar la cobertura, podrá acercarse a cualquiera de las oficinas de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios<sup>4</sup> requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

	Muerte Natural	Muerte accidental
Documento Nacional de Identidad de EL BENEFICIARIO (copia simple).	✓	✓
Constancia de Matrícula de EL BENEFICIARIO que indique el período de estudios en curso <sup>5</sup> (copia simple). Emitido por el centro de estudio de EL BENEFICIARIO.	✓	✓
Constancia de Tutela, curatela, partida de nacimiento o adopción <sup>6</sup> (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)	✓	✓
Certificado de Necropsia <sup>7</sup> (original o certificación de reproducción notarial) Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓
Atestado Policial Completo <sup>7</sup> (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>7</sup> (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial). Se solicita en la comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.		✓

<sup>4</sup>Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

<sup>5</sup>Al inicio de cada periodo de estudios.

<sup>6</sup>Cuando el beneficiario sea un menor de edad o cuando sea un mayor de edad interdicto.

<sup>7</sup>Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO las haya contratado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que solicite: XXX

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 LA COMPAÑÍA 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 ASEGURADO 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.

Así mismo, en caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos 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 (previsto en el párrafo anterior) 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.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS a EL 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 a EL COMERCIALIZADOR por EL ASEGURADO o terceros encargados del pago se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la fecha de realización del pago.
- EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro a EL COMERCIALIZADOR o a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.

#### 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. 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.

#### CLÁUSULAS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

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

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

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

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

#### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI

NO

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

SI

NO

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

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

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

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

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

4

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

## SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

	<b>Fecha</b>			
<b>Plan solicitado</b>				
XXX				

<b>Apellido paterno del Asegurado</b>										<b>Apellido materno del asegurado</b>														
<b>Nombres del asegurado</b>										<b>Tipo de documento</b>					<b>N° documento</b>									
										<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.														
<b>Nacionalidad</b>					<b>Género</b>					<b>Fecha de nacimiento</b>					<b>Estado civil</b>					<b>Ocupación</b>				
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					/ /														
<b>Dirección del domicilio</b>										<b>No / Mz. / Lt.</b>					<b>Distrito</b>					<b>Provincia</b>				
<b>Departamento</b>					<b>Teléfono celular</b>					<b>Teléfono fijo</b>					<b>Correo electrónico</b>									
<b>Relación con el Beneficiario</b>																								
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador																								

<b>Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada</b>	
<b>Frecuencia:</b>	<input type="checkbox"/> XXX <input type="checkbox"/> XXX
<b>Lugar y forma de pago:</b>	“XXX”

<b>Beneficiario (Nombres y apellidos)</b>					<b>Tipo de documento</b>					<b>N° de documento</b>					<b>Fecha de nacimiento</b>				
					<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.										/ /				
<b>Institución de educación superior</b>										<b>Grado / año</b>									

<b>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>																			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando Superior de Creceer Seguros.</li> <li>• Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.</li> <li>• Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Creceer Seguros y/o a EL COMERCIALIZADOR.</li> <li>• En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.</li> <li>• 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.</li> </ul>																			

- 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](http://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@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.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 de EL 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.

<b>Firma del asegurado</b>	
----------------------------	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

XX de XXXXX de XXXX



**RESUMEN - SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR****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.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Correo electrónico: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe)

**2. ¿Cuál es la vigencia del seguro?****XXX****3. ¿Cuál es el monto de la prima?****XXX****4. ¿Cómo y dónde se efectúa el pago de la prima?**

El pago de la prima a cargo de EL ASEGURADO debe realizarse según la frecuencia, lugar y forma de pago indicados en la Solicitud o Solicitud-Certificado. Los pagos efectuados por el asegurado a EL COMERCIALIZADOR serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

**5. ¿Cuáles son los canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro?**

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 dar aviso del siniestro o para cualquier orientación sobre el procedimiento, podrá acercarse a cualquier oficina del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por correo electrónico a [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe) o por teléfono al (01) 4174400 (para Lima) o al (0801) 17440 (para Provincias).

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO****6. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?**

El riesgo que está cubiertos por esta Póliza es la muerte (natural o accidental) del asegurado, a través de los beneficios de pago por fallecimiento y renta estudiantil mensual; así como las coberturas adicionales que hayan sido contratadas.

Además de las coberturas básicas, se podrán otorgar coberturas adicionales, siempre que hayan sido contratadas. En ese caso, las coberturas adicionales se listarán en el Certificado de Seguro.

**7. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?**

El seguro no pagará el siniestro cuando ocurra como consecuencia de:

- a. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del 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.
- b. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- c. El siniestro se haya originado a causa de la participación del asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
- d. El siniestro se haya originado a causa de la participación del beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la de EL ASEGURADO, de

actos ilegales, delictivos o criminales realizados por EL BENEFICIARIO, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

- e. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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.

#### **¿Cuándo existe 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. 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.