

Solicitud de Seguro Crece Emprendedor

Código SBS N° VI1788110004

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

Características del Seguro

ASEGURADO		
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se han declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO		
Edad mínima de ingreso al seguro: XXX		
Edad máxima de ingreso al seguro: XXX		
Edad máxima de permanencia: XXX		
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: XXX		
Fin de vigencia: XXX		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Beneficios ¹	Suma asegurada y condiciones
Muerte (natural o accidental)	Servicio de sepelio: Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en: • Trámites de sepelio. • Ataúd de madera. • Capilla ardiente. • Traslado, conducción e instalación del servicio. • Nicho o cremación en cualquier camposanto del país. • Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.	• El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Crece Seguros indicará, hasta un límite de XXX. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sub límite de XXX. • Deducible: Ninguno. • Carencia: XXX
Incapacidad total temporal (ITT) por accidente ²	Renta diaria hospitalaria³: Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.	• Renta diaria hospitalaria: PLAN X: XXX PLAN XX: XXX • Deducible: XXX • Máximo XXX días de hospitalización. • Carencia: XXX
	Renta mensual por descanso no hospitalario⁴: Se pagará una renta mensual por cada treinta (30) días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-	• Renta mensual por descanso no hospitalario: PLAN 1: Rentas de XXX cada una. PLAN 2: Rentas de XXX cada una. • Deducible: XXX

	certificado de seguro, según corresponda, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.	• Carencia: XXXX • Máximo XXX rentas mensuales consecutivas.
--	---	---

¹La compañía solo otorgará X beneficio(s) por asegurado.

² La ITT por accidente consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del asegurado por accidente que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

La cobertura de incapacidad total es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una Invalidez total permanente, esta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.

³La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.

⁴La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de 30 días cumplidos y no por fracciones de mes.

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial:

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

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: A través de comercializador. El pago de la prima efectuado al Comercializador será considerado como pagado a Crece Seguros.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El asegurado titular por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)	Los herederos legales del asegurado o un tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte natural o accidental.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal por accidente, ocurra como consecuencia de:

- 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.
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**
- 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de Incapacidad total).**

PLAN SOLICITADO

Marcar con una "X" el plan de seguro solicitado:

PLAN X ☐

PLAN XX ☐

Declaraciones y Autorizaciones

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Crece Seguros.**
- Autorizo expresamente a Crece Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro.**
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado en este documento o que haya proporcionado al CONTRATANTE al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber

sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

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

- De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, 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 podrá visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
 3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios del Certificado de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar el envío y recepción del correo electrónico.
 4. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
 5. Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

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

LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud. de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS N° 4143-2019.

Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi 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 modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.

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

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI ☐NO ☐

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI ☐NO ☐

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional,

por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

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

2 **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero**

y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de

conservación de documentos

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

3

EMPRESA

DIRECCIÓN

Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 –

Miraflores Diners Club Perú S.A. Av.

Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

Carsa

Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

Firma del
solicitante _____

Nombres y
apellidos _____

Documento
de identidad _____

Fecha _____

SOLICITANTE

Entidad	Agencia	Nombres y Apellidos del funcionario	Correo electrónico del funcionario
Financiera			

RESUMEN - SEGURO CRECE EMPRENDEDOR**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
- Correo electrónico: gestionalcliente@creceseguros.pe

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

XXX.

3. ¿Cómo y dónde se efectúa el pago de la prima?

XXX

4. ¿Cuál es el medio y plazo establecido para dar el aviso de siniestro?

El asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Creceer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

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

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO**5. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?**

Los riesgos cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural y accidental), con el beneficio de servicio de sepelio; y la incapacidad total temporal por accidente, con los beneficios de renta diaria hospitalaria y renta mensual por descanso no hospitalario. Creceer Seguros otorgará un beneficio por asegurado durante la vigencia de la Póliza.

6. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

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

- 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 de este durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, 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 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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**
 - 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 comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
 - f. uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
 - g. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de incapacidad total).**
- 7. ¿Cómo se ejerce el derecho de arrepentimiento?** Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud – Certificado o Certificado del Seguro, éste

podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, 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.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR
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	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

 Edad mínima de ingreso al seguro: "X"
 Edad máxima de ingreso al seguro: "X"
 Edad máxima de permanencia: "X"

VIGENCIA DEL SEGURO
Inicio de vigencia: XXX
Fin de vigencia: XXX
Renovación: XXXXXXXX

EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)

Cobertura Principal	Condiciones		
	PLAN X	PLAN XX	PLAN XXX
Sepelio y Gastos Funerarios	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX	Suma Asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

Condiciones del servicio Sepelio y Gastos Funerarios: XXXXX

Cobertura Adicional	Condiciones		
	PLAN A	PLAN B	PLAN C
XXXX	XXX	XX	XX

ASISTENCIA (Se detallarán, en caso corresponda)

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

Asistencia	Condiciones	
	Eventos	
XXX	• XXX	• XXX

Manual de uso de Asistencias:
XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial:

	Plan X	Plan XX	Plan XXX
Prima Comercial	xx	xx	xx
Prima Comercial + IGV	Xx	xx	xx

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

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

1. **LA COMPAÑÍA no brindará la cobertura, cuando el fallecimiento ocurra a consecuencia de:**
Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **El siniestro se haya originado a causa de la participación 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, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos terroristas, insurrección, rebelión, invasión, actos ilegales, tumulto popular, delictivos o criminales realizados por EL ASEGURADO, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal. así como la intervención de EL ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.**
4. **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.

5. 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 el ASEGURADO haya producido un accidente de tránsito.
6. Lesiones causadas por EL ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio a EL ASEGURADO por terceros con su consentimiento. No obstante, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
7. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
8. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
9. Eventos catastróficos ocasionados por fenómenos de la naturaleza.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO TITULAR las haya contratado, se tendrá como exclusiones: XXX

Condiciones Especiales:

XXX

Condiciones: XXX

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

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@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 ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá contactarse a través de cualquiera de los medios y/o lugares especificados en Solicitud-Certificado y/o a través del COMERCIALIZADOR en los teléfonos XXXXXX y/o correo XXXX.

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

Para solicitar los servicios indicados en la cobertura principal, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo de los servicios de sepelio deberá comunicarse a los datos de contacto señalados en el Certificado y/o la Solicitud – Certificado y/o Condicionado Particular. LA COMPAÑÍA validará los datos básicos del ASEGURADO y derivará a una empresa especializada el inicio de las coordinaciones del servicio de sepelio, conforme lo descrito en la respectiva cobertura. Además, se deberá entregar a los siguientes documentos obligatorios1:

Documentos Obligatorios

- a) Copia simple del Documento Nacional de identidad2 de EL ASEGURADO TITULAR O ADICIONAL, en caso de contar con el mismo.

- b) Copia simple del Certificado de defunción de EL ASEGURADO TITULAR O ADICIONAL. Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.**
- c) Copia simple del Acta o Partida de Defunción de EL ASEGURADO TITULAR O ADICIONAL. Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).**
- d) Copia simple del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado. Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.**

1 Creceer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO, que se establece en esta póliza, y solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a LA COMPAÑÍA, la copia certificada de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente copia certificada de la partida de defunción. El pronunciamiento de LA COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta recepción de la copia certificada de la resolución judicial de muerte presunta y la copia certificada de la partida de defunción.

Se precisa que todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Pago de siniestro de la cobertura principal:

Dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza o Certificado y/o Solicitud-Certificado para que se produzca la atención del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento y brindar los referidos servicios indicados en la cobertura o informar el rechazo del Siniestro con el debido sustento.

Cuando corresponda, LA COMPAÑÍA brindará los servicios detallados en la cobertura de esta póliza, en la forma, condiciones y monto máximo de suma asegurada, detallados en el Condicionado Particular y Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de esta y la póliza se encuentre vigente.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, LA COMPAÑÍA brindará los referidos servicios indicados en la cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO TITULAR las haya contratado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que solicite y se pagará el siniestro conforme a lo indicado: XXX

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que EL ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento. En caso, el ASEGURADO ejerza el derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud de derecho de arrepentimiento; 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 y/o beneficiarios al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros.
- Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Creceer Seguros en la fecha de realización del pago.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Creceer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante, y de acuerdo a la autorización dada por el asegurado al firmar la solicitud de Seguro. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por el Contratante deberán ser comunicadas al asegurado con 30 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver la Solicitud-Certificado.
- Creceer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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

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

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

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia

Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- 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 económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

 SI ☐

 NO ☐

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

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

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

³ Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

EMPRESA

Banco Pichincha
Diners Club Perú S.A.
Carsa

DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR

			Fecha			
Plan solicitado (marcar con una "X")						
☐ PLAN XX ☐ PLAN XY ☐ PLAN XZ						

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR / SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Dirección de domicilio		Correo electrónico		Teléfono	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda, pueden ser hasta cuatro asegurados adicionales)					
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	

BENEFICIARIOS (Aplica solo para el ASEGURADO TITULAR solo en caso contrate las Coberturas Adicionales)				
(Apellidos y Nombres) (*)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

(*) Campos obligatorios

Los Beneficiarios son los designados por el ASEGURADO TITULAR en este documento. Si se designan varios Beneficiarios, sin indicación de porcentajes o importes, el beneficio se distribuirá en partes iguales entre todos.

A falta de designación de Beneficiarios por parte del Asegurado Titular, se entiende que los Beneficiarios serán los herederos legales o los parientes bajo la siguiente estructura según el orden de precedencia:

1. El cónyuge o conviviente acreditado según las normas respectivas, sobreviviente.

2. Los hijos menores de edad, cualquiera sea su filiación.
3. Los hijos mayores de edad, cualquiera sea su filiación.
4. Los padres.
5. La madre o el padre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido(a).

En caso, se presenten dos o más parientes señalados previamente, de forma simultánea o en la misma solicitud de cobertura requiriendo el beneficio, se pagará al pariente con mayor orden de precedencia, por ejemplo, en caso de presentarse el padre y cónyuge del Asegurado Titular, se pagará al pariente con mejor derecho de prelación, en este caso al cónyuge.

Adicionalmente, en caso se presente un pariente – indicado en la lista previa - solicitando la cobertura y presente su declaración jurada con firma certificada notarialmente se le pagará el beneficio al primero que se presente acreditando su derecho, y no a los que se presenten posteriormente, a pesar de que puedan tener un mejor derecho sucesorio o de prelación.

Si un Beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación del siniestro, antes de presentar la solicitud de siniestro o antes del fallecimiento del Asegurado, la indemnización que le correspondiese será pagada a los herederos legales de dicho Beneficiario fallecido.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Crece Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crece Seguros y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA directamente o a través del COMERCIALIZADOR, 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, en caso la compañía decida su utilización, la presente la Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío 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.crecerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

3. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Solicitud- Certificado de seguro electrónico. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar 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, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

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

- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-Certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo 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.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Firma del asegurado	
----------------------------	--

Representante de
Crecer Seguros

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

Certificado de Seguro Crece Emprendedor
Código SBS N°
PLAN XX

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

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	XXX
Certificado N°	XXX
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	XXX
Inicio de vigencia	XXX
Fin de vigencia	XXX
Renovación	XXX

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón social	XXX	RUC	XXX
Dirección	XXX	Distrito	XXX
Provincia	XXX	Departamento	XXX
Correo electrónico	XXX	Teléfono	XXX

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	Nacionalidad
Tipo de documento	N° de documento	Género	Estado civil	Fecha de nac.
☐ DNI ☐ CE		☐ F ☐ M		/ /
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Ocupación	
Dirección del domicilio	N° / Mz. / Lt.	Distrito	Provincia	
Departamento	Relación con el contratante			
	XXXX.			

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (Pueden ser hasta cuatro asegurados adicionales)

Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					

Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	
Nombres y Apellidos					
Parentesco					
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE N°:	Género	☐ F ☐ M	Fecha de Nacimiento	

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR* (Aplica solo para Cobertura Adicional)				
(Apellidos y Nombres)	DNI/CE	Porcentaje	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

* Los Beneficiarios son los designados por el ASEGURADO TITULAR en este documento. Si se designan varios Beneficiarios, sin indicación de porcentajes o importes, el beneficio se distribuirá en partes iguales entre todos.

A falta de designación de Beneficiarios por parte del Asegurado Titular, se entiende que los Beneficiarios serán los herederos legales o los parientes bajo la siguiente estructura según el orden de precedencia:

1. El cónyuge o conviviente acreditado según las normas respectivas, sobreviviente.
2. Los hijos menores de edad, cualquiera sea su filiación.
3. Los hijos mayores de edad, cualquiera sea su filiación.
4. Los padres.
5. La madre o el padre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido(a).

En caso, se presenten dos o más parientes señalados previamente, de forma simultánea o en la misma solicitud de cobertura requiriendo el beneficio, se pagará al pariente con mayor orden de precedencia, por ejemplo, en caso de presentarse el padre y cónyuge del Asegurado Titular, se pagará al pariente con mejor derecho de prelación, en este caso al cónyuge.

Adicionalmente, en caso se presente un pariente – indicado en la lista previa - solicitando la cobertura y presente su declaración jurada con firma certificada notarialmente se le pagará el beneficio al primero que se presente acreditando su derecho, y no a los que se presenten posteriormente, a pesar de que puedan tener un mejor derecho sucesorio o de prelación.

Si un Beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación del siniestro, antes de presentar la solicitud de siniestro o antes del fallecimiento del Asegurado, la indemnización que le correspondiese será pagada a los herederos legales de dicho Beneficiario fallecido.

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro: XXXX
 Edad máxima de ingreso al seguro: XXXX
 Edad máxima de permanencia: XXX

COBERTURAS DEL SEGURO

creceerseguros.pe

PROTEGEMOS TU CRECIMIENTO



Cobertura Principal		Condiciones	
		PLAN X	
Sepelio y Gastos Funerarios (*)		XX	
Condiciones del Servicio de Sepelio y Gastos Funerarios: XXXX			
Cobertura Adicional		Condiciones	
		PLAN XX	
XXXX		XX	

ASISTENCIA (Se detallarán, en caso corresponda)

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

Asistencia	Condiciones	
	Eventos	
XXX	• XXX	• XXX
Manual de uso de Asistencias: XXX		

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

LA COMPAÑÍA no brindará la cobertura, cuando el fallecimiento ocurra a consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. El siniestro se haya originado a causa de la participación 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, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos terroristas, insurrección, rebelión, invasión, actos ilegales, tumulto popular, delictivos o criminales realizados por EL ASEGURADO, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal. así como la intervención de EL ASEGURADO en peleas

o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.

4. 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.
5. 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 el ASEGURADO haya producido un accidente de tránsito.
6. Lesiones causadas por EL ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio a EL ASEGURADO por terceros con su consentimiento. No obstante, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
7. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
8. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
9. Eventos catastróficos ocasionados por fenómenos de la naturaleza.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO TITULAR las haya contratado, se tendrá como exclusiones: XXX

Condiciones Especiales	
XXXX	Condiciones: XXXX

PRIMA COMERCIAL O COSTO DEL SEGURO

Prima comercial:

		PLAN XX
Prima Comercial		xx
Prima Comercial + IGV		Xx
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje	
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.	XXXXXX	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador.		

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

Frecuencia de pago: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

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

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe. 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 ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá contactarse a través de cualquiera de los medios y/o lugares especificados en este Certificado y/o a través del COMERCIALIZADOR en los teléfonos XXXXXX y/o correo XXXX. El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para solicitar los servicios indicados en la cobertura principal, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo de los servicios de sepelio deberá comunicarse a los datos de contacto señalados en el Certificado y/o la Solicitud – Certificado y/o Condicionado Particular. LA COMPAÑÍA validará los datos básicos del ASEGURADO y derivará a una empresa especializada el inicio de las coordinaciones del servicio de sepelio, conforme lo descrito en la respectiva cobertura. Además, se deberá entregar a los siguientes documentos obligatorios¹:

Documentos Obligatorios

- Copia simple del Documento Nacional de identidad² del ASEGURADO TITULAR O ADICIONAL, en caso de contar con el mismo.
- Copia simple del Certificado de defunción del Asegurado. Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO TITULAR O ADICIONAL, o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.
- Copia simple del Acta o Partida de Defunción del Asegurado. Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).
- Copia simple del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado. Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.

1 Creceer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO, que se establece en esta póliza, y solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a LA COMPAÑÍA, la copia certificada de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente copia certificada de la partida de defunción. El pronunciamiento de LA COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta recepción de la copia certificada de la resolución judicial de muerte presunta y la copia certificada de la partida de defunción.

Se precisa que todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

- **Pago de siniestro de la cobertura principal:**

Dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza o Certificado y/o Solicitud-Certificado para que se produzca la atención del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento y brindar los referidos servicios indicados en la cobertura o informar el rechazo del Siniestro con el debido sustento.

Cuando corresponda, LA COMPAÑÍA brindará los servicios detallados en la cobertura de esta póliza, en la forma, condiciones y monto máximo de suma asegurada, detallados en el Condicionado Particular y Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de esta y la póliza se encuentre vigente.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, LA COMPAÑÍA brindará los referidos servicios indicados en la cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

Para las coberturas adicionales, en caso de que EL ASEGURADO TITULAR las haya contratado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura que solicite y se pagará el siniestro conforme a lo indicado: XXX

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud – Certificado o Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento. En caso, el ASEGURADO ejerza el derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud de derecho de arrepentimiento; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios del presente certificado. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.

INFORMACION ADICIONAL

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

Creceer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante, y de acuerdo a la autorización dada por el asegurado al firmar la solicitud de Seguro. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por el Contratante deberán ser comunicadas al asegurado con 30 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver el Certificado.

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

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

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA directamente o a través del COMERCIALIZADOR, 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.

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

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

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

Según	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

corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI ☐N ☐

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI ☐N ☐

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

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

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

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

³

EMPRESA

Banco Pichincha

Diners Club Perú S.A.

Carsa

DIRECCIÓNAv. Ricardo Palma Nro. 278 –
MirafloresAv. Canaval y Moreyra Nro. 535, San
IsidroAv. República de Panamá Nro. 3647,
San Isidro

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____

Representante de
Creceer Seguros