

**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (PENSIONES)**

Fecha de solicitud: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Código SBS: AE1787700020

**1. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

|                    |                                          |
|--------------------|------------------------------------------|
| Razón Social       | Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros |
| RUC                | 20600098633                              |
| Dirección          | Av. Jorge Basadre N° .310, Piso2         |
| Distrito           | San Isidro                               |
| Provincia          | Lima                                     |
| Departamento       | Lima                                     |
| Teléfono           | Lima (01)4174400 / Provincia (0801)17440 |
| Correo Electrónico | gestionalcliente@crecerseguros.pe        |

**2. DATOS DEL CONTRATANTE**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Contratante        |  |
| RUC                |  |
| Dirección          |  |
| Distrito           |  |
| Provincia          |  |
| Departamento       |  |
| Teléfono           |  |
| Correo Electrónico |  |

**3. DATOS DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS**

|               |                                                                                                                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asegurados    | Son los trabajadores del Contratante declarados y registrados a la Compañía, según lo pactado en el Condicionado Particular.                              |
| Beneficiarios | Los establecidos en el artículo 1.5 de las Condiciones Generales de la presente póliza, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N°003-98-SA |

**4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

|                                                                         |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Coberturas por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales</b> | Pensión de Sobrevivencia<br>Pensión de Invalidez<br>Gastos de Sepelio |
| Las sumas aseguradas se detallan en el Art. 8 del Condicionado general  |                                                                       |
| Reajuste pactado de las pensiones: xxxx                                 |                                                                       |

**5. DECLARACION DE LA PLANILLA** (Se debe adjuntar relación detallada de trabajadores)

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Número de Asegurados         |  |
| Monto de la Planilla Mensual |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Actividad de Riesgo  |  |
| Prima Comercial      |  |
| Prima Comercial +IGV |  |

6. **FORMA DE PAGO:** \_\_\_\_\_  
7. **LUGAR DE PAGO:** \_\_\_\_\_  
8. **DEDUCIBLE / COPAGO:** No Aplica.

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

### 1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

### 2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

### 3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

### 4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creckerseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro – Lima.

### 5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales.

La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

### **Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)**

#### **I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:**

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
- ☐ No autorizo.

#### **II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):**

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
- ☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional**. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: <https://www.crecerseguros.pe/>

### **CLAUSULA ANTISOBORNO**

La aseguradora declara que mantiene un compromiso de **cero tolerancia frente al soborno y la corrupción**. En virtud de la presente póliza:

#### **1. Compromiso ético**

El asegurado, sus beneficiarios o representantes se obligan a no incurrir en actos de soborno, corrupción, fraude, colusión u otras conductas ilícitas relacionadas con la contratación, ejecución o reclamación de la póliza.

#### **2. Deber de información**

El asegurado deberá informar a la aseguradora de manera inmediata sobre cualquier hecho, intento o solicitud de soborno del que tenga conocimiento y que pueda afectar la relación contractual. Por ello Crecer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: <https://www.crecerseguros.pe/>

#### **3. Consecuencias**

En caso de comprobarse la participación del asegurado, beneficiarios o representantes en actos de soborno o corrupción vinculados a la póliza, la aseguradora podrá darla por resuelta conforme a la

normativa aplicable, quedando a salvo su derecho de denunciar los hechos ante las autoridades competentes.

#### 4. Colaboración

Ambas partes se comprometen a colaborar con las autoridades en eventuales investigaciones relacionadas con prácticas de soborno o corrupción.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.crecersegueros.pe/>

#### IMPORTANTE:

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

#### DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Certificados o anexos que formen parte integrante de la Póliza, a cuyas condiciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: [www.crecersegueros.pe](http://www.crecersegueros.pe)

Asimismo, he sido informado y autorizo que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones relacionadas a la póliza, serán las mismas que he declarado en esta solicitud. 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 CONTRATANTE, 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 dicha 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 póliza 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 demás datos de contacto autorizados en párrafo anterior.

---

**Crecer Seguros**

---

**Contratante**

**RESUMEN**  
**POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – PENSIONES**  
**COD. SBS AE1787700020**

**CRECER SEGUROS S.A.**

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

**RIESGOS CUBIERTOS:** La **COMPAÑÍA** pagará las coberturas que se detallan a continuación siempre que la causa directa del siniestro sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional, tal como se definen en los artículos 1.1 y 1.12 del Condicionado General. Las coberturas son las siguientes:

- Pensión o indemnización de invalidez.
- Pensión de sobrevivencia.
- Gastos de sepelio.

**EXCLUSIONES:** Este seguro no cubre:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por LA COMPAÑÍA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

**VIGENCIA:**

- **Inicio de Vigencia:** la cobertura que se otorga a cada Asegurado se inicia a partir de las cero horas del día en que el trabajador hubiera sido incluido por primera vez como “Asegurado” en la declaración jurada presentada por el Contratante; a excepción de que la planilla se consigne una fecha de inicio posterior, en ese caso se tendrá en consideración como inicio de vigencia la indicada en la declaración jurada como inicio del vínculo laboral.
- **Fin de Vigencia:** todas las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo permanecerán vigentes siempre que se den las siguientes condiciones: a) la póliza se encuentre vigente b) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del contratante c) el Contratante siga declarando al Asegurado ante la Compañía y d) no existan causales de resolución del seguro.

**MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL:**

**PRIMA COMERCIAL xxxxxxxx**

**PRIMA COMERCIAL + IGV: XXXXXXXX**

**CANALES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA BRINDAR ORIENTACION PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:**

En caso de siniestros el Asegurado o Beneficiarios podrán acercarse a la Oficina Principal de Crecer Seguros S.A.: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, comunicarse por teléfono al (01)

4174400 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe), a través de los cuales se les detallará el procedimiento a seguir y la documentación necesaria para evaluar la solicitud de cobertura.

- **INFORMACIÓN IMPORTANTE:** El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.

**CERTIFICADO N° XXXX**  
**SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO**  
**PÓLIZA N° XXXXX**

Crecer Seguros S.A. (en adelante LA COMPAÑÍA), con RUC N°20600098633, con domicilio en Av. Jorge Basadre N°310, Piso 2, San Isidro, Lima, teléfono 417-4400 y correo electrónico gestionalcliente@crecerseguros.pe, certifica que la persona indicada en el presente documento se encuentra asegurada bajo la póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo que se indica:

**1. DATOS DEL CONTRATANTE:**

|                       |  |          |  |
|-----------------------|--|----------|--|
| Nombre o Razón Social |  | RUC      |  |
| Dirección             |  | Teléfono |  |
| Actividad             |  |          |  |

**2. DATOS DEL ASEGURADO:**

|                     |  |                     |  |
|---------------------|--|---------------------|--|
| Nombres y Apellidos |  | Tipo y N° Documento |  |
| Fecha de nacimiento |  | Profesión/Ocupación |  |
| Domicilio           |  | Teléfono            |  |

**3. ASEGURADOS:** Aquellas personas comprendidas en los Artículos 5° y 6° del Decreto Supremo N° 003-98 SA, mientras hayan sido incluidos en la declaración jurada presentada por el Contratante.

**4. VIGENCIA:**

**4.1 Inicio de Vigencia:** la cobertura que se otorga a cada Asegurado se inicia a partir de las cero horas del día en que el trabajador hubiera sido incluido por primera vez como “Asegurado” en la declaración jurada presentada por el Contratante; a excepción de que la planilla se consigne una fecha de inicio posterior, en ese caso se tendrá en consideración como inicio de vigencia la indicada en la declaración jurada como inicio del vínculo laboral.

**4.2 Fin de Vigencia:** todas las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo permanecerán vigentes siempre que se den las siguientes condiciones: a) la póliza se encuentre vigente b) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del contratante c) el Contratante siga declarando al Asegurado ante la Compañía y d) no existan causales de resolución del seguro.

A efectos de mantener vigente la cobertura del presente seguro, **EL CONTRATANTE** se encuentra obligado a cumplir con las **CARGAS** descritas y de las formas señaladas en el numeral 11. del presente Certificado.

**5. PRIMA Y FORMA DE PAGO:** el monto de la prima y la frecuencia de pago, serán determinados por acuerdo entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE. Esto se encuentra definido en las Condiciones Particulares de la Póliza, siendo de cargo de EL CONTRATANTE. Este seguro complementario de trabajo de riesgo no contempla deducibles, franquicias, copagos, coaseguros o conceptos que fueran similares al cargo del ASEGURADO.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida con el CONTRATANTE es causal de suspensión automática de la cobertura, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva.

Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad.

**6. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS: LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiarios las siguientes prestaciones**

**6.1. PENSION DE INVALIDEZ:**

**LA COMPAÑÍA** pagará al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará en situación de invalidez; la pensión o indemnización que corresponda al grado de incapacidad para el trabajo conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo 003-98-SA. La prestación a cargo de **LA COMPAÑÍA** se iniciará una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social en Salud (ESSALUD).

**6.1.1. Invalidez Parcial Permanente:** **LA COMPAÑÍA** pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al **Asegurado** que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a dos tercios. El monto de esta pensión será equivalente al 50% de la remuneración mensual del Asegurado, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

**6.1.2 Invalidez Total Permanente:** **LA COMPAÑÍA** pagará una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios.

La pensión será, del 100% de la Remuneración Mensual, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el Asegurado calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la Remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

**6.1.3 Invalidez Temporal:** En el caso de la invalidez temporal, **LA COMPAÑÍA** pagará al **Asegurado** la pensión mensual que le corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez hasta el mes que se produzca su recuperación. El carácter temporal o permanente de la invalidez se determina en función al grado de recuperabilidad que pueda tener una persona al sucederle un evento que repute tal condición.

**6.1.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%:** En caso de que las lesiones sufridas por el Asegurado dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, **LA COMPAÑÍA** pagará por única vez al Asegurado inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que le correspondería a una invalidez permanente total, de acuerdo a la siguiente fórmula:  $24 \times 70\% \times \text{Remuneración mensual} \times \text{Grado de invalidez determinado}$ . En estos casos, el **Contratante** queda prohibido de prescindir de los servicios del Asegurado basado en su condición de invalidez.

La pensión de invalidez temporal o permanente se encuentra sujeta a los descuentos de ley por concepto de AFP, de ser el caso, de prestaciones de salud, de impuesto a la renta y cualquier otra retención de ley creada o por crearse, que aplicaran según corresponda.

## **6.2 PENSION DE SOBREVIVENCIA:**

**LA COMPAÑÍA** pagará una pensión de sobrevivencia en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Asegurado haya sido ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Cuando el Asegurado fallezca por cualquier otra causa posterior después de configurada la invalidez o mientras se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente, de acuerdo a la cláusula anterior; o,
- c) Por el fallecimiento producido mientras el Asegurado se encontrará gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Las pensiones de sobrevivencia de los **Beneficiarios** son vitalicias, salvo el caso de los hijos no inválidos, cuyas pensiones son temporales hasta que cumplan 18 años de edad.

En el caso de los hijos sanos que se convirtieran en inválidos totales, la pensión de sobrevivencia será vitalicia sólo en los casos en que la invalidez se haya producido en su calidad de **Beneficiario**, es decir antes de cumplir los 18 años de edad. De ser así la pensión del hijo anteriormente sano y actualmente inválido total, será recalculada afectando las pensiones de los demás **Beneficiarios**, no procediendo aporte adicional alguno de parte de **LA COMPAÑÍA**.

Si el **Beneficiario** cuya declaración de invalidez se encuentra en trámite es un hijo mayor de edad, se suspenderá el pago de su pensión hasta contar con el dictamen que lo declare como tal.

La obligación de **LA COMPAÑÍA** alcanza sólo el 100% de la pensión o de la remuneración mensual del Asegurado. En caso de que la concurrencia de **Beneficiarios** excediese dicho porcentaje, los porcentajes de pensión de cada beneficiario serán reducidos proporcionalmente de manera que la suma de todos ellos recalculados no exceda del porcentaje establecido.

Cuando exista cónyuge o concubino, hijos y padres del Asegurado fallecido, todos concurren en el goce de la pensión hasta el tope máximo indicado en el párrafo anterior. En este caso, el pago de la pensión de ascendientes procederá siempre y cuando exista un remanente a favor de los padres del causante luego del cálculo de la pensión del cónyuge o concubino superviviente y la de los hijos.

Las pensiones determinadas por los porcentajes de ley comprenderán cualquier impuesto o retención creado o por crearse según ley, según corresponda.

## **6.3 GASTOS DE SEPELIO:**

**LA COMPAÑÍA** reembolsará los gastos del sepelio del **ASEGURADO** a la persona natural o jurídica que los hubiere efectuado, siempre que, a su vez, hubiera procedido el pago de la cobertura de sobrevivencia ante el fallecimiento del **ASEGURADO**. El pago se efectuará hasta el límite de gastos de sepelio correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones para los afiliados a dicho Sistema, siempre que se cumpla con la presentación de los documentos originales con los que sustenten dicho gasto.

## **7. REAJUSTE PACTADO DE LAS PENSIONES:**

XXXX

**8. DEFINICIONES:**

**8.1 Accidente de Trabajo:** Toda lesión corporal, orgánica o perturbación funcional producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado o debida al esfuerzo del mismo, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Para un mayor alcance sobre la definición de Accidente de Trabajo y los supuestos que no son considerados como tal, revisar el artículo 2° del Decreto Supremo N°003-98-SA.

**8.2 Enfermedad Profesional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al **Asegurado** como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. El listado de enfermedades profesionales y su relación causal con la clase de trabajo que las originan se encuentran detalladas en la Resolución Ministerial N° 480-2008-MINSA o norma que la sustituya.

**9. EXCLUSIONES:** LA COMPAÑÍA queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por LA COMPAÑÍA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

**10. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:** A efectos de ser orientado correctamente sobre el procedimiento para solicitar las coberturas indicadas en el numeral 6 de este documento, el Asegurado podrá acercarse a la Oficina Principal de Crecer Seguros S.A.: Av. Jorge Basadre N°310, Piso 2. San Isidro, Lima, comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al 417-4400 o por correo electrónico [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe), a través de los cuales se les detallará el procedimiento a seguir y la documentación necesaria para evaluar la solicitud de cobertura, información que también puede ser encontrada en el artículo 17 de las condiciones generales de la póliza.:

**11. AREAS ENCARGADAS DE ATENDER REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS.** Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentados a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. 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.

Los datos de LA COMPAÑÍA para lo presentación de requerimientos o reclamos son:

**CRECER SEGUROS S.A.**

• Dirección: Av. Jorge Basadre N°310, Piso 2. San Isidro, Lima.

- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)
- Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Teléfono: 417-4400

**12. CARGAS:**

Durante la vigencia del presente seguro, es obligación de EL CONTRATANTE a los efectos de mantener vigente la cobertura presentar a LA COMPAÑÍA la declaración jurada mensual de los asegurados dentro del plazo establecido en el numeral 5 de las Condiciones Generales, detallando los nombres, apellidos, su remuneración, su fecha de ingreso y si se encuentran percibiendo subsidio de salud o una pensión temporal; así como identificando los Asegurados propios de la empresa con los contratistas. Cualquier variación por entradas y salidas de Asegurados a la planilla deberá ser comunicada a LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de 24 horas de ocurrido a fin que sea considerado en la cobertura de la presente póliza; caso contrario, en la eventualidad de un siniestro, el Asegurado no reportado carecerá de cobertura de la presente póliza. La comunicación será por escrito y deberá contener los datos del Asegurado cesado del centro de trabajo o del que inicia una relación laboral, según formato establecido por LA COMPAÑÍA. Asimismo, el Contratante se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA sobre cualquier incapacidad, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios, y cualquier otro cambio en las relaciones laborales y condiciones de trabajo que afecten a los asegurados.

**13. COPIA DE LA PÓLIZA:**

EL ASEGURADO tendrá derecho a solicitar una copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud. Este requerimiento lo podrá realizar a través de cualquiera de los medios puestos a disposición en el presente Certificado.

**14. AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA.**

Autorizo expresamente desde la fecha de suscripción del presente documento, al envío de la póliza, promociones, cartas y/u otra documentación, sean recibida a través de medios electrónicos, incluyendo mi correo electrónico indicado en la presente solicitud. He sido informado de la forma de envío de la póliza de seguro por medios electrónicos, así como de su procedimiento comprendiendo las ventajas y posibles riesgos asociados, tomando conocimiento de las medias de seguridad pertinentes. El procedimiento para acceder al Certificado de póliza electrónica del Seguro es el siguiente:

1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
2. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
3. Digitar 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.
4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar

**15. DECLARACIONES Y COMUNICACIONES**

EL ASEGURADO ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que CRECER SEGUROS utilizará para remitirle comunicaciones en su calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante EL CONTRATANTE al inicio y/o durante su relación laboral. Asimismo, declara haber sido informado y acepta, que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, CRECER SEGUROS se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales brindará respuesta a la solicitud.

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.

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

## **16. CLÁUSULA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

La aseguradora declara que mantiene un compromiso de **cero tolerancia frente al soborno y la corrupción**.

En virtud de la presente póliza:

### **1. Compromiso ético**

El asegurado, sus beneficiarios o representantes se obligan a no incurrir en actos de soborno, corrupción, fraude, colusión u otras conductas ilícitas relacionadas con la contratación, ejecución o reclamación de la póliza.

### **2. Deber de información**

El asegurado deberá informar a la aseguradora de manera inmediata sobre cualquier hecho, intento o solicitud de soborno del que tenga conocimiento y que pueda afectar la relación contractual. Por ello Crecer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: <https://www.creckerseguros.pe/>

### **3. Consecuencias**

En caso de comprobarse la participación del asegurado, beneficiarios o representantes en actos de soborno o corrupción vinculados a la póliza, la aseguradora podrá darla por resuelta conforme a la normativa aplicable, quedando a salvo su derecho de denunciar los hechos ante las autoridades competentes.

### **4. Colaboración**

Ambas partes se comprometen a colaborar con las autoridades en eventuales investigaciones relacionadas con prácticas de soborno o corrupción.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creckerseguros.pe/>

## **17. CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

**1. Finalidad del tratamiento**

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

**2. Transferencias nacionales e internacionales**

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

**3. Comunicaciones comerciales**

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

**4. Derechos del titular de datos**

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.crecerseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro – Lima.

**5. Conservación y medidas de seguridad**

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

**Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)****I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:**

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
- ☐ No autorizo.

**II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):**

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
- ☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional**. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: <https://www.crecerseguros.pe/>

Fecha de emisión: XX/XX/XXXX

---

LA COMPAÑIA

---

ASEGURADO