

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO TE CONDUCE MEJOR  
CÓDIGO SBS N° AE1786100033**

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
<b>Denominación o Razón social:</b> Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
<b>RUC:</b> 20600098633			
<b>Domicilio:</b> xxxxxxxxxxxxxx			
<b>Teléfono:</b> Lima (01) xxxxxxxxxxxx / Provincia xxxxxxxxxxxx			
<b>Correo electrónico:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
<b>Nombre o Razón social:</b>		<b>Nombre o Razón social:</b>	
<b>Documento de identidad:</b>		<b>Documento de identidad:</b>	
<b>Domicilio:</b>		<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Teléfono:</b>	
DATOS DEL CORREDOR			
<b>Denominación Social</b>		<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Comisión</b>
PRIMA			
<b>Prima Comercial</b>	XXXX	<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX	
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XXXXX	<b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX	
<b>La prima comercial incluye:</b> Cargos por la intermediación de corredores de seguros: XXX Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX Gastos Administrativos: XXX			
<b>Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comuniquen de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.</b>			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL MICROSEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de permanencia: "X"			
DEFINICIONES			
Accidente de Tránsito: Accidente que cause daño a personas mientras se encuentran viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público, bajo la condición de pasajero o conductor.			
Asegurado Titular: Persona Natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud – Certificado. Conductor del vehículo involucrado en un Accidente de Tránsito.			
Asegurado: La referencia genérica al Asegurado (s) incluye tanto al Asegurado Titular como al/los Asegurado(s) Adicional(es).			
EVENTOS ASEGURADOS			
COBERTURAS PRINCIPALES DEL MICROSEGURO			
Cobertura	Descripción		Suma asegurada
<b>Muerte en Accidente de Tránsito</b>	LA COMPAÑÍA otorgará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO TITULAR la suma asegurada señalada, cuando este fallezca como consecuencia de un accidente de tránsito, salvo los supuestos de exclusiones indicados en este documento. El fallecimiento del ASEGURADO TITULAR debe ocurrir en el periodo de X días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito. Si existe pluralidad de BENEFICIARIOS, a falta de indicación distinta, la suma asegurada se dividirá entre ellos en partes iguales.		<b>Suma asegurada: XXX</b> <b>Deducible: XXX</b> <b>Periodo de Carencia: XXX</b>

### COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO

Cobertura	Descripción	Suma asegurada, condiciones y beneficiario
XXX	XXXX	XXX
XXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX

### ASISTENCIAS (\*)

Asistencia	Condiciones	Eventos
XXX	XXX	XXX

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

### EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

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

- Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, que es de conocimiento de EL ASEGURADO y no curada antes de la contratación del seguro. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, que conlleven al fallecimiento durante su vigencia.
- 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 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.**
- 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.**
- Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales a las actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra, o por lesiones inferidas al Asegurado Titular por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.**
- Uso voluntario de alcohol (por encima de 0.5 gramos-litro o por encima de 0.25 gramos-litro cuando se preste servicios de transporte público o privado de pasajeros, mercancías o carga o del límite legal distinto vigente al momento del siniestro), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica al Asegurado Titular, es decir cuando se encuentre como conductor del vehículo involucrado en un accidente de tránsito.**

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

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

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. 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, o si se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus

circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al xxxxxx (para Lima) o xxxxxxxx(para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxxxxxx

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE, deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios (1) requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

- a) *Certificado médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).*
- b) *Partida o Acta de Defunción (copia certificada expedida por Reniec o certificación de reproducción notarial).*
- c) *Informe Policial completo o Carpeta Fiscal (copia simple) (2).*
- d) *Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial) (2).*
- e) *Dosaje étílico y Estudio químico toxicológico, que puede estar incluido en el Informe Policial. (Copia simple) (2). El dosaje étílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje étílico.*

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

*(2) Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.*

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

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

**El pago será efectuado a LOS BENEFICIARIOS señalados en la Solicitud- Certificado. En caso no haya designación de BENEFICIARIOS, éstos serán los herederos legales del ASEGURADO titular. Para acreditar dicha condición de herederos será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos.**

**El pago puede efectuarse a través del COMERCIALIZADOR o directamente a EL BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, conforme señala la Solicitud-Certificado**

#### COMUNICACIONES

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 TITULAR 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 titular, adicional 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 o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

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

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza de Microseguro, 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 Microseguro debe entenderse como Certificado o Solicitud Certificado de Seguro. La Póliza de Microseguro 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](http://www.crecerseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Microseguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Microseguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.

7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

**Consideraciones básicas:**

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: xxxxxxxx, o la Central Teléfono: Lima (01) xxxxxx / Provincia xxxxxxxx. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a xxxxxxxxxxxx.

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

LA COMPAÑÍA podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO TITULAR, 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 Microseguro que solicito por medio de este documento.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario contados desde la solicitud.
- Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)xxxxxxx (para Lima) o xxxxxx (para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxxxxxx. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los requerimientos y reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- EL ASEGURADO TITULAR autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.**
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

**DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

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

**VIGENCIA DEL MICROSEGURO**

Inicio de vigencia	XXX	Renovación: XX
Fin de vigencia	XXX	

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Nombres y Apellidos Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:		Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
	Dirección:				
LA COMPAÑÍA usara uno o cualquiera de los datos de					

contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro	Correo electrónico:	
	Teléfono:	

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (Cuando se haya contratado la cobertura adicional correspondiente)**

**Descripción:** Se trata de el o los ocupante(s) del vehículo que conduce el Asegurado Titular, que cuenta(n) con una cobertura adicional, según lo señalado en esta Solicitud-Certificado de seguro.

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)**

BENEFICIARIO PARA LA MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO: XXXX

En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio se repartirá en partes iguales

BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES: Según lo indicado para cada cobertura adicional.

**PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

XXXXXXXXXXXXXX

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.creceseguros.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.creceseguros.pe/>

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 Creceer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: <https://www.crecese seguros.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.crecese seguros.pe/>

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

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

<b>Firma de representante de Creceer Seguros</b>	<b>Firma del Asegurado titular</b>