

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL**  
**CÓDIGO SBS N°VI1788100024**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Certificado N° \_\_\_\_\_

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
<b>Denominación o Razón social:</b> Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
<b>RUC:</b> 20600098633			
<b>Domicilio:</b>			
<b>Teléfono:</b> Lima XXXX / Provincia XXXX			
<b>Correo electrónico:</b> XXXX (correo)			
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
<b>Nombre o Razón social:</b> xxx		<b>Nombre o Razón social:</b> xxx	
<b>Documento de identidad o RUC:</b> xxx		<b>Documento de identidad o RUC:</b> xxx	
<b>Domicilio:</b> xxx		<b>Domicilio:</b> xxx	
<b>Teléfono:</b>		<b>Teléfono:</b>	
DATOS DEL CORREDOR			
<b>Denominación Social</b>		<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	
DATOS DEL ASEGURADO / SOLICITANTE			
<b>Nombres y Apellidos</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>	
<b>Dirección</b>			
BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES			
Aplica para las coberturas principales y/o adicionales, en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.			
BENEFICIARIOS DE ASEGURADO			
Nombres y Apellidos(*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el Asegurado	Porcentaje
(*) Campos obligatorios. 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 otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado (declarado por el juez competente e inscrito en el registro personal correspondiente) para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.			
DATOS DEL SEGURO			
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: ___/___/___		
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: ___/___/___ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.		

--	--

PRIMA		
Prima Comercial	XXXX	Frecuencia de pago: XXXX
Prima Comercial + IGV	XXXXX	Lugar y forma de pago: XXXX
<p><b>La prima comercial incluye:</b>            Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor. XXX            Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX            Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX</p> <p><b>Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de X días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo que cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.</b></p>		

**PROTECCION 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.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/>

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

#### CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL MICROSEGURO

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

#### COBERTURAS PRINCIPAL DEL MICROSEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
<b>Indemnización por Sepelio</b>	La Suma Asegurada indicada por esta cobertura, será otorgada a los Beneficiarios, después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado por causa natural o accidental.	XXX <b>Deducible: XXX</b> <b>Periodo de Carencia: XXX</b>

#### COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO

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

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXX	XXXX	XXX <b>Deducible: XXX</b> <b>Periodo de Carencia: XXX</b> <b>Beneficiario: XXX</b>
Asistencia	Descripción	Eventos
XXX	XXX	XXX

**Manual de asistencias: XXX**

Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios 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:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación de este microseguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro. Toda preexistencia implica un estado de salud no resuelto al momento de la solicitud 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.
5. Práctica de actividades temerarias o peligrosas, como por ejemplo: deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza, entre otros.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.

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

En caso de siniestro, EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE, deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al XXXX (para Lima) o XXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXX (correo).

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 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 requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

Documentos <sup>1</sup>	Indemnización por sepelio
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple) en tanto sea posible su obtención.	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción (copia certificada de RENIEC) o certificación de reproducción notarial. En caso, de 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.	<input checked="" type="checkbox"/>

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

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  
XXX

El pago será efectuado a LOS BENEFICIARIOS, designados en la Solicitud- Certificado. Cuando corresponda, si EL ASEGURADO no ha designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales 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.

**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 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, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en 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 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 del uso 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. La Solicitud-Certificado 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.
2. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la póliza electrónica. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros regulatorios establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar el envío y recepción del correo electrónico.
3. Esta forma de envío tiene como ventaja que es inmediata, segura y eficiente.
4. El uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debe compartir su clave y debe utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de su proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: XXXXX (correo), o la Central Teléfono: Lima XXXX / Provincia XXXX . 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.

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

**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 fecha de recepción de la solicitud.
- Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono, correo electrónico, carta física o a través de página Web, Creceer Seguros dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción. Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de consultas, quejas o reclamos son:

**CRECEER SEGUROS S.A.**

- Dirección: XXXX
  - Correo electrónico: XXXX (correo)
  - Página web: [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe)
  - Teléfono: Lima XXXX / Provincia: XXXX
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe). En virtud de ello, 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 del Representante de Creceer Seguros</b>	<b>Firma del Solicitante</b>