

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
CÓDIGO SBS N°AE1786110019

Póliza N° _____ / Solicitud -Certificado N° _____

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
Denominación o Razón social: Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros				
RUC: 20600098633				
Domicilio: XXXXX				
Teléfono: Lima XXXXXX / Provincia XXXXXX				
Correo electrónico: XXXXXXX				
DATOS DEL CONTRATANTE			DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social:			Nombre o Razón social:	
Documento de identidad:			Documento de identidad:	
Domicilio:			Domicilio:	
Teléfono:			Teléfono:	
DATOS DEL CORREDOR				
Denominación Social		Registro Oficial		
Dirección		Teléfono		Comisión
PRIMA				
Prima Comercial	XXXX	Frecuencia de pago: XXXX		
Prima Comercial + IGV	XXXXX	Lugar y forma de pago: XXXX		
<p>La prima comercial incluye:</p> <p>Cargos por la intermediación de corredores de seguros: XXX</p> <p>Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX</p> <p>Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX</p> <p>Gastos Administrativos: XXX</p> <p>Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de XX, 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 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.</p>				
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL MICROSEGURO				
Edad mínima de ingreso al microseguro: "X"				
Edad máxima de ingreso al microseguro: "X"				
Edad máxima de permanencia: "X"				
DEFINICIONES:				
<ul style="list-style-type: none"> • Accidente de Tránsito: Accidente que cause daño a personas, mientras estas transiten como peatones o se encuentran viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público, bajo la condición de pasajero o conductor. • Asegurado Titular: Se trata del Asegurado que firmó la Solicitud-Certificado de seguro, en calidad de solicitante. • Asegurado: 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. 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

Muerte en Accidente de Tránsito	<p>LA COMPAÑÍA otorgará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO titular la suma asegurada señalada, cuando este fallezca como consecuencia de un accidente de tránsito. Si existe pluralidad de BENEFICIARIOS, a falta de indicación distinta, la suma asegurada se dividirá entre ellos en partes iguales.</p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente de tránsito. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente de Tránsito.</p>	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX
--	---	--

COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO

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

ASISTENCIAS*

Asistencia	Condiciones	Eventos

Manual de asistencias:
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 microseguro, que es de conocimiento de EL ASEGURADO y no curada antes de la contratación del microseguro. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del microseguro, 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.**
- 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 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 cuando se haya producido un accidente de tránsito

Exclusiones de las coberturas adicionales:

La Compañía no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones detalladas anteriormente, y adicionalmente, aplicaran las siguientes exclusiones, según sea la cobertura adicional contratada: XXX

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN 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 a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, 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 Creceer Seguros por teléfono al XXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXXXXX (correo).

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según lo siguiente:

Documentos ¹	Indemnización por Accidente de Tránsito
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia ² (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal ² (copia simple).	<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ² (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.	<input checked="" type="checkbox"/>
DNI del Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/>

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:

Documentos Obligatorios	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX
<XXX>	XXX	XXX	XXX

<XXX>

XXX

XXX

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 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.

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 Bancasegueros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.

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 en este documento y/o ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este microseguro. 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 Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o 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 párrafos anteriores, 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 Solicitud-Certificado, en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.creceersegueros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

2. La integridad y autenticidad de la Solicitud -Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.

3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi 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: XXXXXX (correo), o la Central Teléfono: Lima XXXXXX / Provincia XXXXX. 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 XXXXX (correo)

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 XXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXX (correo) Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el 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 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.

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
LA COMPAÑÍA usara uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro	Dirección:				
	Correo electrónico				
	N° de Teléfono:				

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

Descripción: Cónyuge o Conviviente* del Asegurado Titular. *Solo se considera como convivencia la unión hecho mantenida por varón y mujer, libres de contraer vínculo matrimonial, para alcanzar finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, que tenga una duración igual o superior a los dos años continuos.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

BENEFICIARIO PARA LA MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO: XXX

BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES: El Asegurado Titular.

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.crecese seguros.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.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 microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

Emitido el ____ de _____ de ____

Firma de representante de Creceer Seguros	Firma del asegurado