

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CÓDIGO SBS N°RG1786100057

Póliza N° _____ / Solicitud -Certificado N° _____

DATOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
RUC: 20600098633			
Domicilio: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.			
Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.			
Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe			
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		N° Registro	
Dirección		Teléfono	Comisión
DATOS DEL SEGURO			
Coberturas	Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hijo Póstumo		
Inicio de vigencia	Desde: XXX		
Fin de vigencia	Hasta: XXX		
Renovación	XXXX		
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 y número de registro del corredor: XXXX (si fuera el caso)</p> <p>Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XXX (si fuera el caso)</p> <p>Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XXX (si fuera el caso)</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 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. 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. 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.</p>			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de ingreso al seguro: "X"			
Edad máxima de permanencia: "X"			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)			
Cobertura	Descripción		Suma asegurada y condiciones
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS los importes señalados en el presente documento cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente. Siendo el accidente un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera accidente al fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques		Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX

	<p>cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</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. El fallecimiento del ASEGURADO debe ocurrir en el periodo de X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.</p>	Deducible: XXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente (ITP por Accidente)	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando se le determine una Invalidez total permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la Invalidez total permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez puede estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".</p> <p>En caso de brindarse la presente cobertura a EL ASEGURADO, no se podrá solicitar de forma posterior la indemnización por Muerte Accidental indicada en el punto a), pues ambas coberturas son excluyentes.</p>	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX
Hijo Póstumo	<p>Si a la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO, como consecuencia de un accidente, su cónyuge o conviviente se encontrara en período de gestación de su hijo, entonces LA COMPAÑÍA indemnizará a dicha cónyuge / conviviente sobreviviente o tutor del menor, según corresponda, con la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado; siempre que el nacimiento del hijo póstumo hubiera ocurrido como máximo dentro de los siete (07) meses desde la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO.</p>	Suma asegurada: XXX Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX

	<p>Además, el hijo póstumo debe estar vivo e inscrito en RENIEC a la fecha de solicitud de cobertura.</p> <p>Solo se brindará cobertura por el primer hijo póstumo nacido luego del fallecimiento de EL ASEGURADO. En caso de nacimientos múltiples, la indemnización se pagará una sola vez y solo por el primer hijo.</p>	
--	---	--

Asistencia	Descripción	Eventos
XXX	XXXXX	XXX

Manual de Asistencias:
 XXX

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, de conocimiento de EL ASEGURADO y no resuelta antes de la contratación del seguro. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro
 - 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 aquellas 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), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
 - Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

¿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.

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

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. Si

el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

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

Documentos ³	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Hijo Póstumo
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial). ¹ Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Protocolo de Necropsia (copia simple). ¹ Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple) ¹ . Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial y Protocolo de necropsia). ¹ Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia Certificada u original de la Partida Registral donde conste inscrito el Acta de Sucesión Intestada o el testamento del Asegurado, o la Resolución Judicial de Declaración de Herederos del Asegurado. La Partida registral de inscripción de la sucesión intestada o del testamento se obtiene en las oficinas de Registros Públicos del país. La Resolución Judicial se gestiona ante un Juzgado de Familia o Paz Letrado, dependiendo de la localidad.	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	-	
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSAL), en original o en certificación de reproducción notarial.	-	<input checked="" type="checkbox"/>	
Acta o Partida de nacimiento del hijo póstumo (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial).	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Matrimonio (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial) o Copia certificada de la Partida Registral donde conste inscrita la Unión de Hecho en el Registro Personal de la Oficina Registral que corresponda al domicilio de los convivientes (en caso de convivencia)	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

² Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario.

³ 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.

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 antes señalada a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

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 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 modificaciones y futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. 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.creceseguros.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: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

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

INFORMACION 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 tener acceso o 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.
- Las consultas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceersegueros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

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

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

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

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

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en

nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

SI

NO

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

SI

NO

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

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

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

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

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DATOS DEL ASEGURADO				
Nombres y Apellidos		RUC o DNI		
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	Teléfono			

DESIGNACION DE BENEFICIARIO(S)			
Aplica para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.			
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. 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 para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados incapaces, según corresponda.			

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma en la Solicitud-Certificado, 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 seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: XXXXX. 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 ____

Firma del representante de Creceer Seguros	Firma del asegurado