

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES**  
**CÓDIGO SBS N° AE1786100027**

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:** xxxxxxxxxxxxxx

**Teléfono:** Lima (01) xxxxxxxx / Provincia xxxxxxxx

**Correo electrónico:** xxxxxxxxxxxx

**DATOS DEL CONTRATANTE**
**Nombre o Razón social:**
**Documento de identidad:**
**Domicilio:**
**Teléfono:**
**DATOS DEL COMERCIALIZADOR**
**Nombre o Razón social:**
**Documento de identidad:**
**Domicilio:**
**Teléfono:**
**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"

**COBERTURA DEL MICROSEGURO:**
**COBERTURAS PRINCIPALES DEL MICROSEGURO**

Cobertura	Descripción	Condiciones y Suma Asegurada
<b>Muerte Accidental</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro de X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.	<b>Suma asegurada: XXX</b>  <b>Periodo de carencia: XXX</b>  <b>Deducible: XXX</b>

**DEFINICIÓN DE ACCIDENTE**
**Accidente:** Todo 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, el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**
**COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO**

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

**Importante:** Este microseguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

**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:

1. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando el Asegurado se encuentre involucrado en un accidente de tránsito, como conductor o peatón que origina el accidente.
6. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

**LA COMPAÑÍA** puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

**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?**

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.

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 (01)xxxxxxx (para Lima) o xxxxxxxx (para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxx

Para solicitar la cobertura, **EL BENEFICIARIO** o **EL CONTRATANTE**, podrán acercarse a cualquier oficina de **LA COMPAÑÍA** o de **EL COMERCIALIZADOR** y presentar los siguientes documentos obligatorios<sup>1</sup> requeridos para solicitar el pago del siniestro:

- a. Copia simple del DNI vigente del **ASEGURADO**.
- b. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).
- c. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial, no mayor a 3 meses).
- d. Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.
- e. Protocolo de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).<sup>2</sup>
- f. Copia Certificada del Atestado Policial completo y/o diligencias fiscales.<sup>2</sup>
- g. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).<sup>2</sup>

h. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, 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.

<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.

<sup>2</sup>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

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 antes señalada.

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 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 cobertura 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.

### 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 la 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 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 solicitud certificado 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 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: xxxxxxxxxx, o la Central Teléfono: Lima (01) xxxxxxxxx / Provincia xxxxxxxxx. 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 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.
- 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.
- Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)xxxxxxx para Lima) o xxxxxxxx (para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxx. 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.
- 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.

**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>Dirección de domicilio</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono</b>
Conforme a lo desarrollado en esta Solicitud-Certificado, LA COMPAÑÍA usará uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro:				
<b>Dirección del domicilio</b>				
<b>Correo electrónico</b>				
<b>Teléfono</b>				

**VIGENCIA DEL MICROSEGURO:**

<b>Inicio de vigencia</b>	xxx	<b>Fin de vigencia</b>	xxx
---------------------------	-----	------------------------	-----

**PRIMA**

	Plan XXX	Plan XXX
<b>Plan Elegido</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prima Comercial</b>	XX	XX
<b>Prima Comercial + IGV</b>	XX	XX
<b>La prima comercial incluye:</b>		
<b>Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor</b>	XX	XX
<b>Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros</b>	XX	XX
<b>Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador.</b>	XX	XX
<b>Gastos Administrativos: XXX</b>		

**LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA**

<b>Lugar: XX</b>	<b>Forma: XX</b>
<b>Fecha: XX</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. 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.

**BENEFICIARIOS**

Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.

**BENEFICIARIOS DEL 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.

**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.creceerseguros.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.creceerseguros.pe/>

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

<b>Firma del Representante de Creceer Seguros</b>	<b>Firma del Solicitante (Asegurado)</b>