

SOLICITUD DE SEGURO VIDA CRÉDITO

El solicitante requiere la contratación del seguro cuyas características se resumen a continuación:

Características del Seguro

DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razón social		RUC	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	

DATOS DEL COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social		RUC	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono	

ASEGURADO

Persona(s) Natural(es) que en sí misma está(n) expuesta(s) a los riesgos cubiertos por la Póliza.

CONDICIONES DE INGRESO AL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro:
 Edad máxima de ingreso al seguro:
 Eda máxima de permanencia en el seguro:

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de vigencia: XXX
 Fin de vigencia: XXX

EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹

Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado o Solicitud- Certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza La invalidez debe 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 señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, 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 el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de</p>

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".

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES

Cobertura	Plan XX
Muerte Natural	XXX
Muerte Accidental	XXX
ITP por enfermedad	XXX
ITP por accidente	XXX

CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura adicional	Descripción	Suma Asegurada y condiciones Plan XX
<xxx>	<xxx>	Suma Asegurada: xxx Periodo de Carencia: xxx Deducible: xxx Beneficiario: xxx Otras condiciones: XXX

Condiciones Especiales:

XXX Condiciones: XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: XXX

La prima comercial incluye:

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

Frecuencia: XXX

Lugar y forma de pago: XXX

Gastos Administrativos: XXX

El pago efectuado por el asegurado al Comercializador será considerado como pagado a Creceer Seguros.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	XXX
Beneficiario(s) adicional(es)	XXX

Es indispensable completar de manera correcta los datos de los beneficiarios para asegurar una gestión oportuna de la activación de la cobertura (siniestro).

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. 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.
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 deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
6. 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 se haya producido un accidente de tránsito.
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

CLAUSULA 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/>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN 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/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro.
- He sido informado de la alternativa de endosar este seguro de vida particular para el otorgamiento de una operación financiera, en caso corresponda.
- He decidido solicitar el Seguro de Crecer Seguros.

- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- **Autorizo al Contratante a aceptar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro.
- 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 o ADICIONAL) y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de la contratación de seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO (TITULAR o ADICIONAL) y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.
 Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (TITULAR o ADICIONAL) 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
 - por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
 - por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
 - dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la “Zona Clientes”, ubicada al lado derecho de la página principal de la web www.creceseguros.pe y seguir lo siguientes paso:
 - 1) Digitar el usuario y la contraseña para “Iniciar sesión”. En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción “cliente nuevo” y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 - 2) Ingresar a la sección “Mis pólizas” y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a:XXXXX , 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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

La COMPAÑÍA pondrá a disposición los certificados de la forma antes prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24.2 de la resolución 4143-2019.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales.

Beneficiario (*) (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento

Es indispensable completar de manera correcta los datos de los beneficiarios para asegurar una gestión oportuna de la activación de la cobertura (siniestro).

(*) Campos obligatorios

Firma del solicitante _____

Firma _____

Nombres y apellidos _____

Nombres y apellidos _____

Documento de
identidad _____

Documento de
identidad _____

Fecha _____

Fecha _____

SOLICITANTE

**FIRMANTE
ADICIONAL**

Declaración Personal de Salud

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro (en caso, se aplique el seguro como no masivo) y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Datos del declarante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Producto Financiero (en caso corresponda)	Moneda	Monto solicitado	Plazo [indicar años/meses]
	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		
Entidad Financiera (en caso corresponda)			

Dirección (avenida/calle/pasaje)		Nro.	Dpto./Int.	Piso
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento	
Referencia	Teléfono fijo	Celular 1	Celular 2	
Correo electrónico		Correo electrónico alternativo		

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: _____ cms Peso _____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con un "X")

Ninguno
 Menos de 5
 Entre 5 – 25
 Más de 25

Según corresponda a su estado de salud marque con una "X":

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado *	Institución / médica tratante	Médico Tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado *	Institución / médica tratante	Médico Tratante
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	Cardiopatía Coronaria Isquémica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otros. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras Enfermedades					

*: ET = En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- Solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante el Contratante, al momento de la contratación.

XXXX

Firma del declarante _____
 Nombres y apellidos _____
 Documento de identidad _____
 Fecha _____

Nombres y apellidos del
funcionario receptor

Firma del
funcionario receptor

Correo electrónico del
funcionario receptor

Declaración Personal de Salud

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro (en caso, se aplique el seguro como no masivo) y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Datos del declarante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Tipo de documento	N° de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Producto Financiero (en caso corresponda)	Moneda	Monto solicitado	Plazo [indicar años/meses]
	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: _____ cms Peso _____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? Ninguno Menos de 5 Entre 5 – 25 Más de 25
(Marque con un "X")

Según corresponda su estado de salud, marque con una "X":

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
Cáncer	Cáncer colon	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de mama	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de páncreas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de piel o melanoma maligno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de próstata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de pulmón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de tiroides	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Cáncer de útero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
	Cáncer intracerebral <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Cáncer con metástasis (afecta a dos o más órganos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Otros. Especifique:				
Diabetes	Diabetes no tratada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Diabetes tratada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Enfermedad renal	Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Enfermedades cardiovasculares	Cardiopatía coronaria isquémica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Hipertensión arterial tratada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Hipertensión arterial no tratada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Falla cardíaca crónica (Fase III o IV) sin posibilidad de revascularización <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Otros. Especifique:				
Enfermedades neurológicas	Enfermedad neurológica degenerativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Infarto cerebral o Isquemia cerebral <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Enfermedades psiquiátricas	Depresión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Depresión con antecedente de intento de suicidio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Otros. Especifique:				
Enfermedades respiratorias	Apnea del sueño <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	EPOC (Bronquitis crónica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	EPOC (Enfisema) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Fibrosis pulmonar avanzada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
SIDA	SIDA estadio C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Otras enfermedades crónicas	Cirrosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Lupus no controlado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Obesidad mórbida	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Otros. Especifique:				

*: ET = En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- Solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante el contratante, al momento de la contratación del seguro.

XXXXX

Firma del declarante _____

Nombres y apellidos _____

Documento de identidad _____

Fecha _____

RESUMEN - SEGURO VIDA CRÉDITO**INFORMACIÓN GENERAL****1. ¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**

- Dirección: XXXXX
- Teléfono: XXXXX
- Página web: www.creckerseguros.pe
- Correo electrónico: XXXX

2. ¿Cuál es la vigencia de la póliza de seguros?

XXX

3. ¿Cuál es el monto de la prima comercial?

XXX

4. ¿Qué riesgos cubre la Póliza?

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). Las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza.

Además de las coberturas básicas, se podrán otorgar coberturas adicionales, siempre que hayan sido contratadas. En ese caso, las coberturas adicionales se listarán en el Certificado de Seguro o en la Solicitud – Certificado.

5. ¿Cuáles son las exclusiones del seguro?

El Seguro de Vida Crédito no pagará el siniestro cuando ocurra como consecuencia de:

- a. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. 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.

- b. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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 implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

- f. **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 se haya producido un accidente de tránsito.**
- g. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

6. ¿Cuáles son los canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro?

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al XXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXXX, a efectos de tener la debida orientación.

7. Derecho de arrepentimiento

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado de seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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.

CERTIFICADO DE SEGURO VIDA CRÉDITO

En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la Póliza de seguro.

DATOS DEL SEGURO

Póliza N°	
Certificado N°	
Producto / Código SBS	
Moneda	
Eventos asegurados (Riesgo cubiertos)	Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente.
Beneficiario¹	XXX
Beneficiario(s) adicional(es)¹	XXX
Inicio de vigencia	XXX
Fin de vigencia	XXX

No aplican deducibles, franquicias o similares.

¹ Para informaciones sobre el procedimiento de cambio de beneficiario o designación de uno nuevo, EL ASEGURADO puede comunicarse con Creceer Seguros al teléfono XXXX

DATOS DE LA ASEGURADORA

Razón social	Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros	RUC	20600098633
Dirección	XXXX	Distrito	XXXX
Provincia	Lima	Departamento	Lima
Correo electrónico	XXXX	Teléfono	XXXXXX

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Razón social		RUC	
Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento	
Teléfono			

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento	N° de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /
Dirección del Domicilio	N° / Mz. / Lt	Distrito	Provincia Departamento
Teléfono fijo	Teléfono celular		

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento	N° de documento	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /

CONDICIONES DE INGRESO AL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro:

Edad máxima de ingreso al seguro:

Edad máxima de permanencia en el seguro:

COBERTURAS DEL SEGURO

Cobertura²	Descripción
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez Total Permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado o Solicitud- Certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.</p> <p>La invalidez debe 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 señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, 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 el diagnóstico (que implique una de las situaciones numeradas anteriormente), 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>

² Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES

Cobertura	Plan XXX
Muerte Natural	XXX

Muerte Accidental	XXX
ITP por enfermedad	XXX
ITP por accidente	XXX

CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
		Plan XXX
<xxx>	<xxx>	Periodo de Carencia: xxx Deducible: xxx Suma asegurada: xxx Beneficiario(s): xxx Otras condiciones: XXX

CONDICIONES ESPECIALES

XXX	Condiciones: XXX
-----	------------------

ASISTENCIAS³

ASISTENCIAS	Descripción	Condiciones y/o límites
XXXXX	XXXXX	XXXXX

³Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

Manual de uso de Asistencias:
XXX

EXCLUSIONES O LO QUE NO CUBRE EL SEGURO

El Seguro de Vida Crédito no pagará ante la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. 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.
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 deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.

6. 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 se haya producido un accidente de tránsito.
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:

XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

prima comercial: XXXX

La prima comercial incluye:

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

Gastos administrativos: XXX

Frecuencia: XXX.**Lugar y forma de pago:** XXX.

El pago efectuado por el asegurado al Comercializador será considerado como pagado a Creceer Seguros.

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y reclamos podrán ser presentados a Creceer Seguros por teléfono al XXXX (para Lima) o XXXX (para Provincias), por correo electrónico aXXXX , por carta física o a través de la página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero 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.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, 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 XXXX .

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 el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso⁴.

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ⁵ (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		
Atestado Policial completo ⁵ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ⁵ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. 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 Publico, y es adicional al Dosaje etílico.		✓		✓
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez 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 (MINSa), en original o certificación de reproducción notarial.			✓	✓
En caso, el seguro se endose o vincule a favor de una Entidad o persona jurídica: Estado de cuenta del préstamo o deuda a la fecha del siniestro.(Original).	✓	✓	✓	✓
En caso, no se registren beneficiarios adicionales o el beneficiario sea distinto al Asegurado o Contratante: Copia Certificada u original de la Partida Registral donde conste inscrito el Acta de Sucesión Intestada o el testamento del Asegurado. La Partida registral de inscripción de la sucesión intestada o del testamento se obtiene en las oficinas de Registros Públicos del país.	✓	✓		

⁴ En caso, Crecer Seguros requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información obligatoria, listada en este certificado, presentada por el ASEGURADO,

CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta Crecer Seguros para aprobar o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

⁵Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Crecer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que LA COMPAÑÍA requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

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

INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe el Certificado de Seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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.

CLAUSULA 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/>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN 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/>

Fecha de emisión: ____ / ____ / _____

Firma del asegurado titular

Firma del asegurado adicional

Representante de Creceer Seguros

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO VIDA CRÉDITO
Póliza N° "X"
Solicitud -Certificado N° "X"
Código SBS N°

El solicitante requiere la contratación del seguro cuyas características se resumen a continuación:

DATOS DEL CONTRATANTE	
Nombre o Razón social	RUC
Dirección	
Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono
DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social	RUC
Dirección	
Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono
ASEGURADO	
Persona(s) Natural(es) que en sí misma(s) está(n) expuesta(s) a los riesgos cubiertos por la Póliza.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Edad mínima de ingreso al seguro:	
Edad máxima de ingreso al seguro:	
Edad máxima de permanencia en el seguro:	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: XXX	
Fin de vigencia: XXX	
EVENTOS ASEGURADOS¹ (COBERTURAS DEL SEGURO)²	
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado o Solicitud- Certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente. y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.</p> <p>La invalidez debe 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 señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, 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 el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución</p>

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".

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

² No aplican deducibles, franquicias o similares.

SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES

Cobertura	Plan XXX
Muerte Natural	XXX
Muerte Accidental	XXX
ITP por enfermedad	XXX
ITP por accidente	XXX

CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones
		Plan XXX
<xxx>	<xxx>	Suma Asegurada: xxx Periodo de Carencia: xxx Deducible: xxx Beneficiario: xxx Otras condiciones:

CONDICIONES ESPECIALES

XXX	
XXXXX	Condiciones: XXX

ASISTENCIAS*

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

ASISTENCIAS	Descripción	Condiciones y/o límites
XXXXX	XXXXX	XXXXX

Manual de uso de Asistencias:
XXX

BENEFICIARIOS

Beneficiario	XXX
Beneficiario(s) adicional(es)	XXX

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

XXXX**Prima comercial:** XXX

La prima comercial incluye:

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

Frecuencia: XXX**Lugar y forma de pago:** XXX.

Gastos administrativos: XXX

El pago efectuado por EL ASEGURADO al Comercializador será considerado como pagado a Creceer Seguros.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:**

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. 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.
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 deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
6. **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 se haya producido un accidente de tránsito.**
7. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo a la cobertura de incapacidad total).**

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:**La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las Coberturas, y adicionalmente en los siguientes supuestos:****XXX****¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?**

Los requerimientos y reclamos podrán ser presentados a Creceer Seguros por teléfono al XXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias), por correo electrónico a XXXX, por carta física o a través de la página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero 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.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, 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.

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 el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso³:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ⁴ (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		✓		
Atestado Policial completo ⁴ (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ⁴ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. 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 Publico, y es adicional al Dosaje etílico.		✓		✓
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez 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 certificación de reproducción notarial.			✓	✓
En caso, el seguro se endose o vincule a favor de una Entidad o persona jurídica: Estado de cuenta del préstamo o deuda a la fecha del siniestro (Original).	✓	✓	✓	✓

<p>En caso, no se registren beneficiarios adicionales o el beneficiario sea distinto al Asegurado o Contratante:</p> <p>Copia Certificada u original de la Partida Registral donde conste inscrito el Acta de Sucesión Intestada o el testamento del Asegurado. La Partida registral de inscripción de la sucesión intestada o del testamento se obtiene en las oficinas de Registros Públicos del país.</p>	✓	✓		
---	---	---	--	--

³ en caso, Creceer Seguros requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información obligatoria, listada en esta solicitud-certificado, presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta Creceer Seguros para aprobar o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

⁴ siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.
 Creceer Seguros deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó. Sin perjuicio de ello, Creceer Seguros pone a disposición la copia de su Póliza en su página web www.creceseguros.pe.
- Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.

CLAUSULA DE 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/>

CLAUSULA ANTISORBONO

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/>

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO VIDA CRÉDITO

Moneda solicitada		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/>	Fecha					
		Dólares		Producto Financiero (marcar con una "X") (en caso corresponda)					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
Apellido paterno del solicitante				Apellido materno del solicitante					
Nombre(s) del solicitante				Tipo de documento		N° documento			
				<input type="checkbox"/> D.N.I.		<input type="checkbox"/> C.E.			
Nacionalidad		Género		Fecha de nacimiento		Estado civil		Ocupación	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		/ /					
Dirección del domicilio				No / Mz. / Lt.		Distrito		Provincia	
Departamento		Teléfono celular		Teléfono fijo		Correo electrónico			

Apellido paterno del solicitante adicional				Apellido materno del solicitante adicional					
Nombre(s) del solicitante adicional				Tipo de documento		N° documento			
				<input type="checkbox"/> D.N.I.		<input type="checkbox"/> C.E.			

Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada
Lugar y forma de pago: "XXX"

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • He sido informado sobre las principales características del Seguro de Creceer Seguros. • He sido informado de la alternativa de endosar este seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito una operación financiera en caso corresponda. He decidido solicitar el Seguro de Creceer Seguros. • Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Creceer Seguros. • Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro. • He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud-Certificado, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. • Autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice. • Autorizo al Contratante a aceptar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-Certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifiquen las condiciones me asiste el derecho a resolver mi Solicitud-Certificado.

- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al Asegurado titular, al Asegurado adicional y/o Beneficiario serán los mismos consignados por el solicitante del seguro ante el Contratante, al momento de la contratación del seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros se reserva la facultad de contactarse con el Asegurado titular, Asegurado adicional y/o Beneficiario, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a su solicitud.
- Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de El Contratante o El Asegurado (Titular o Adicional) o El Beneficiario, deberá ser comunicado a Crecer Seguros 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 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 enviado 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.
4. 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: XXXXX, o la Central Teléfono: Lima XXXXX / ProvinciaXXXXXX. 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 Solicitud-Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe el Certificado de Seguro, 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 forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (Apellidos y Nombres) (*)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Firma del o los solicitante(s)			
---------------------------------------	--	--	--

(*) Campo obligatorio

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor