

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO CRECE PROTEGIDO
CÓDIGO SBS N°VI1787200014

Póliza N° _____ / Solicitud-Certificado N° _____

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					
Denominación o Razón social: Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros					
RUC: 20600098633					
Domicilio: XXXXXXXX					
Teléfono: Lima XXXXX / Provincia XXXXX					
Correo electrónico: XXXXXXXX					
DATOS DEL CONTRATANTE			DATOS DEL COMERCIALIZADOR		
Nombre o Razón social:			Nombre o Razón social:		
Documento de identidad o RUC:			Documento de identidad o RUC:		
Domicilio:			Domicilio:		
Teléfono:			Teléfono:		
DATOS DEL CORREDOR					
Denominación Social		Registro Oficial			
Dirección		Teléfono			
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR					
Nombres y Apellidos					
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento	
Correo electrónico				Teléfono	
Dirección de domicilio					
DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (para cuando se contrate plan que incluya asegurado adicional)					
Nombres y Apellidos					
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento	
Correo electrónico				Teléfono	
Dirección de domicilio					
BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES					
Aplica para las coberturas principales en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado Titular en la Solicitud-Certificado.					
BENEFICIARIOS DE ASEGURADO TITULAR					
Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el Asegurado Titular	%		
(*) 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.					
BENEFICIARIOS DE ASEGURADO ADICIONAL			El Asegurado Titular		
DATOS DEL MICROSEGURO					
Coberturas Principales	Muerte Natural, Muerte Accidental.				
Inicio de vigencia	Desde: XXX				

Fin de vigencia	Hasta: XXX
Renovación	XXXX

PRIMA SEGÚN PLAN SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Plan X				<input type="checkbox"/> Plan Y			
<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Titular + Adicional		<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Titular + Adicional	
Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX	Prima Comercial	XX
Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX	Prima Comercial + IGV	XX

Frecuencia de pago: XXXX

Lugar y forma de pago: 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

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. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de ingreso al seguro: "X"

Edad máxima de permanencia: "X"

EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL MICROSEGURO)

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Natural	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada indicada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.	Suma asegurada: XXX Deducible: XXX Periodo de Carencia: XXX
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en el presente documento, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo. 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 X días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.	Suma asegurada: XXX Deducible: XXX Periodo de Carencia: XXX

CLAUSULAS ADICIONALES

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

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXX	XXX	XXXX

Asistencias*	Descripción	Eventos
XXX	XXX	XXX

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

Manual de Asistencias:

XXX

Para solicitar alguna asistencia podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al XXX.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
- El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
- Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
- Uso voluntario de alcohol (por encima 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
- Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (solo para coberturas de invalidez total y permanente, cuando corresponda).

LA COMPAÑÍA establece las exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva: XXX

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al XXXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXX.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE,

ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro: Documentos ¹	Muerte Natural	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia ² es el documento que contiene las conclusiones del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		<input checked="" type="checkbox"/>
Protocolo de Necropsia ² – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		<input checked="" type="checkbox"/>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal ² (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		<input checked="" type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ² (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe 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		<input checked="" type="checkbox"/>
Copia debidamente foliada y fedeateada de Historia Clínica o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Documento que acredite la filiación entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular ³ que puede ser: (a) Copia Certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de nacimiento del beneficiario, (b) Copia Certificada por el Poder Judicial de la Sentencia de adopción firme o de la Sentencia de declaración de paternidad firme, (c) Copia Certificada de la Partida Registral donde aparezca inscrito el contenido del Testamento. Se obtiene en Registros Públicos,, o (d) Documento de fecha cierta donde conste el reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial). O en su caso, documento que acredite el vínculo matrimonial entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular, consistente en Acta o Partida de Matrimonio (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

² **Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente**

³ **Este documento se solicitará cuando la cobertura se solicite por la muerte natural o accidental del asegurado adicional.**

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

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al COMERCIALIZADOR.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada a LA COMPAÑÍA o al COMERCIALIZADOR.

El pago será efectuado a LOS BENEFICIARIOS, designados en la Solicitud- Certificado. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos 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 los Registros Públicos. 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 lo señalado en la Solicitud-Certificado. En caso EL ASEGURADO TITULAR no haya designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO TITULAR y/o al ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado en este documento y/o ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este microseguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO TITULAR, y/o 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 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, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafos anteriores, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. La Solicitud-Certificado podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la 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 acceder a la Solicitud - Certificado.
2. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Solicitud-Certificado. 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.

Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: XXXXXX, o la Central Teléfono: Lima XXXXX/ Provincia XXXXX. 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 TITULAR, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

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

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
 - Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al XXXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXXX Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.
- 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.

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro – Lima.

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

- Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
- No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

- Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
- No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es opcional. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

POLITICA ANTISOBORNO

La aseguradora declara que mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción.

En virtud de la presente póliza:

- 1. Compromiso ético**
El asegurado, sus beneficiarios o representantes se obligan a no incurrir en actos de soborno, corrupción, fraude, colusión u otras conductas ilícitas relacionadas con la contratación, ejecución o reclamación de la póliza.
- 2. Deber de información**
El asegurado deberá informar a la aseguradora de manera inmediata sobre cualquier hecho, intento o solicitud de soborno del que tenga conocimiento y que pueda afectar la relación contractual. Por ello Creceer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: <https://www.creceseguros.pe/>
- 3. Consecuencias**
En caso de comprobarse la participación del asegurado, beneficiarios o representantes en actos de soborno o corrupción vinculados a la póliza, la aseguradora podrá darla por resuelta conforme a la normativa aplicable, quedando a salvo su derecho de denunciar los hechos ante las autoridades competentes.
- 4. Colaboración**
Ambas partes se comprometen a colaborar con las autoridades en eventuales investigaciones relacionadas con prácticas de soborno o corrupción.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

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

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de X páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

Firma del Representante de Creceer Seguros	Firma del Solicitante (Asegurado Titular)