Crecer Seguros

Lima: (01) 417 4400
Provincias: (0801) 17440

Av. Ricardo Rivera Navarrete N°501, piso 11 – San Isidro

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA
FUTURO SEGURO

DATOS			
Nº Solicitud		Fecha Solicitud	
Código SBS		Nº Cotización	

1. Datos del Solicitante/Contratante:

Información de la Empresa (Completar solo si es Persona Jurídica)			
Razón Social/ Nombre	RUC	CIIU	Teléfono / Celular
Dirección			
Tipo de Vía: Av. ☐ Ca. ☐ Jr. ☐ Psj. ☐ Otro ☐ Nombre de vía:			
N.°: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento

Información del Representante Legal (si es Persona Jurídica) o de la Persona Natural			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Estado Civil	Fecha de nacimiento	Sexo	Documento de Identidad
	/ /	Hombre ☐ Mujer ☐	DNI / CE /Otro **N.°**
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono Celular
Sí ☐ No ☐			
Teléfono Fijo	Relación o parentesco con el asegurado propuesto (Cuando corresponda)	Ocupación/Oficio/Profesión	Centro de Labores
Dirección			
Tipo de Vía: Av. ☐ Ca. ☐ Jr. ☐ Psj. ☐ Otro ☐ Nombre de vía:			
N.°: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
Correo Electrónico:			

2. Datos del Asegurado (solo si es diferente del Contratante):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil	Documento de Identidad
/ /	Hombre ☐ Mujer		DNI☐ CE☐ Otro☐ **N.°**
Residente en Perú	País de residencia	Nacionalidad	Teléfono / Celular
Sí ☐ No ☐			

Dirección			
Tipo de Vía: Av. ☐ Ca. ☐ Jr. ☐ Psj. ☐ Otro ☐ Nombre de vía:			
N.°: Km: Mz: Dpto: Int: Lt:			
Urbanización	**Distrito**	**Provincia**	**Departamento**
Correo Electrónico:			

3. Plan elegido, Prima Comercial, frecuencia y forma de pago:

Moneda	XXX
Plan contratado	XXX
Vigencia	xxxx
Renovación	xxxx
Prima Comercial	"XXX" "XXX" + IGV*
	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
	En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: XXX
Forma de Pago	XXX
Frecuencia de Pago	XXX
Tipo de medio de pago	XXX

***La prima no incluye IGV, salvo que el Contratante sea Persona Jurídica. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de prima. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato por falta de pago de las cuotas de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato quedará extinguido.**

|4. Suma Asegurada, Coberturas y Condiciones:

Coberturas Principales	Suma Asegurada	Condiciones
Muerte Natural	XXX	XXX
Muerte Accidental	XXX	XXX

Cláusulas Adicionales	Suma Asegurada	Condiciones
XXX	XXX	XXX

5. **Designación de beneficiarios (realizado por el Contratante o haya designado para tal fin al Asegurado Titular)**

Herederos legales: ☐

Otros beneficiarios: ☐

Si usted marcó la opción "Otros beneficiarios", le solicitamos se sirva llenar el siguiente cuadro:

Apellidos y Nombres	Relacion con el asegurado (cuando corresponda)	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Porcentaje (%)
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
				Total	*100%*

- *En ningún caso la suma de los porcentajes de beneficio de los beneficiarios del pago podrá exceder del 100% del pago del* ***Asegurado****.*
- *Únicamente podrán ser incluidos como beneficiarios del pago las personas que tengan un interés asegurable, conforme a la definición establecida en las condiciones generales. La falta de interés asegurable acarrea la nulidad de su inclusión en la póliza.*
- Si fuesen dos o más los beneficiarios designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado. Si al momento de pagar el siniestro, se verifica que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación.

6. **Exclusiones:**

LA COMPAÑÍA no pagará el 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 o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL 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. **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**
4. **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, 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.**
5. **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.**
6. **Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo , escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.**
7. **Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.**

En caso de contratar clausulas adicionales: XXX

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.crecerseguros.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS XXX, el cual es de acceso público a través de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente solicitud, o se reajuste el Pago conforme lo establecido en el Art. 10° y 12° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, según corresponda.

- El Asegurado se compromete a facilitar a La Compañía el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente mediante esta solicitud de seguro, a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento en que lo requiera La Compañía, la que asimismo se encuentra facultada a acceder a dicha información por el Art. 25° la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en caso de otorgamiento de los beneficios del seguro contratado.
- **El importe de los Pagos de la cobertura que haya fijado la Aseguradora en la cotización correspondiente a la presente Solicitud de Seguro se realiza considerando las declaraciones efectuadas en la Solicitud de Seguro y en la Declaración Personal de Salud del Asegurado.**
- **La Compañía deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, caso contrario deberá informar dentro de ese plazo, el rechazo salvo que se haya requerido información adicional en dicho plazo. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado Titular sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Compañía, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional. La Compañía o El Comercializado, en caso corresponda, tiene un plazo de quince (15) días para entregar el duplicado.**
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Compañía, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Compañía, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que La Compañía utilizará para remitir comunicaciones al Asegurado Titular, al Contratante y/o al Beneficiario será el mismo que he declarado en esta solicitud y/o los indicados en el Condicionado Particular. 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, el Contratante y/o el Beneficiario, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los datos de contacto a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.
Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.
Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico del Asegurado Titular, el Contratante y/o el Beneficiario, deberá ser comunicado a La Compañía por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores o uso de sistemas a distancia, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza correspondiente, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.

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.crecerseguros.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.crecerseguros.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 Crecer Seguros cuenta actualmente con un Canal de Denuncias el mismo que podrás encontrar en: https://www.crecerseguros.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.crecerseguros.pe/

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

1. La Póliza de Seguro comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i)incluyendo los archivos pdf de la póliza (ii) Adjuntando un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF o (iii) Direccionándome a la parte privada de la web de Crecer Seguros www.crecerseguros.pe donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: xxxxxxxxxxxxxx, o la Central Teléfono: Lima (01) xxxxxxxxxxx/ Provincia xxxxxxxxxx. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónica, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a xxxxxxxxxxxxxxxxx.

La Compañía garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca y Seguros.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del asegurado 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, mediante la firma de la presente Solicitud de Seguro, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

San Isidro, _____ de _____ del _____.

_____	_____
FIRMA CONTRATANTE	FIRMA ASEGURADO
DNI:	DNI:

7. Datos del Representante de Crecer Seguros SA: XXXXXXXXX

RESUMEN - SEGURO DE VIDA FUTURO SEGURO XXXX

1. **¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**
   - Dirección: xxxxxxxxxxxxx
   - Teléfono: Lima (01) xxxxxx / Provincia xxxxxxxxx
   - Página web: www.crecerseguros.pe
   - Correo electrónico: xxxxxxxxxxxxx

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

   XXX

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

   XXXX

4. **¿Qué riesgos cubre la Póliza?**
   Los riesgos cubiertos por esta Póliza son la muerte natural o accidental. Sin perjuicio de ello, se pueden contratar coberturas adicionales.

5. **¿Cuáles son las exclusiones del seguro?**
   No se pagará la suma asegurada cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

   1. **Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL 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. **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**
   4. **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, 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.**
   5. **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.**
   6. **Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo , escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.**
   7. **Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.**

6. **¿Cuáles son los canales de orientación para solicitar la cobertura en caso de siniestro?**
   En caso de siniestro, el BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier punto de venta del

Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01) xxxxxxxx (para Lima) o xxxxxxxx (para Provincias) o por correo electrónico a xxxxxxxxxxxx, a efectos de tener la debida orientación.

7. **¿Cómo se ejerce el derecho de arrepentimiento?**
   En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores, bancaseguros o uso de sistemas a distancia, , EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza correspondiente, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza.
   Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.