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

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

SOLICITUD DE SEGURO – SEGURO DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE

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

Características del Seguro

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	XXXXXXXX
Distrito	XXXX
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima XXXXXX / Provincia XXXXXX
Correo electrónico	XXXXXXXX

DATOS DEL CONTRATANTE/SOLICITANTE	
Nombre o Razón social	
Documento de Identidad o RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

DATOS DEL ASEGURADO (EN CASO SEA PERSONA DISTINTA AL CONTRATANTE)			
Nombre			
Tipo y N° de Documento de Identidad			
Domicilio			
Distrito			
Provincia			
Departamento			
Correo electrónico		N° Teléfono	
Fecha de Nacimiento		**Género**	

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO
Edad mínima de ingreso al seguro: XXX Edad máxima de ingreso al seguro: XXX Edad máxima de permanencia: XXX
VIGENCIA DEL SEGURO
Inicio de vigencia: Desde: XXXFin de vigencia: Hasta: _ XXX o en la fecha que EL ASEGURADO alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO		
Cobertura	**Descripción**	**Suma Asegurada y Condiciones**
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO incurra en un supuesto de Invalidez Total y Permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO, como consecuencia de un **accidente de tránsito**, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. La invalidez deberá estar sustentada en 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). La invalidez también puede estar sustentada en un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que evidencia un accidente de tránsito), 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".	**Suma Asegurada**: XXX **Periodo de carencia**: XXX **Deducible**: XXX

	Asimismo, se entenderá como accidente de tránsito todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las presentes Condiciones Generales. **Se cubre la Invalidez Total Permanente acaecida durante la vigencia de la presente póliza y que se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente de tránsito.** **En caso el accidente se produzca en transporte público, a efectos de acceder a la cobertura, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros.**	

COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
XXXXXXX	**XXXXXXX**	**XXX**

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGÚN PLAN ELEGIDO)

☐ Plan X		☐ Plan Y	
Prima Comercial	S/ XX	Prima Comercial	S/ XX
Prima Comercial + IGV	S/ XX	Prima Comercial + IGV	S/ XX

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

Frecuencia: XXXX

Lugar y forma de pago: XXXX

El pago efectuado por EL CONTRATANTE a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.

DATOS DEL CORREDOR

Denominación Social			
Dirección		**Teléfono**	

AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija como forma de pago el débito automático)

EL CONTRATANTE, solicita de forma expresa que la prima generada como consecuencia de la contratación de la presente póliza sea cargada en la siguiente Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito/Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑÍA:

Tipo de Cuenta/Tarjeta: XXX

N° de Cuenta/Tarjeta: XXX

Moneda de la Cuenta: XXXX

Nombre de Titular de la Cuenta/Tarjeta: XXX

El cargo automático se efectuará a partir de las XX horas/días de suscrito el presente documento.

EL CONTRATANTE podrá, a sola instrucción y sin expresión de causa, suspender el servicio de cargo automático, asumiendo con ello el riesgo y costo de dicho acto. La solicitud debe hacerse, mediante documento escrito y de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.

EL CONTRATANTE podrá modificar el monto máximo de cargo automático, en caso haya asignado uno, mediante documento de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.

EL CONTRATANTE declara que es de su entera responsabilidad mantener vigente la cuenta declarada para el cargo del cargo automático. Dicha cuenta podrá ser modificada en cualquier momento, debiendo para ello el CONTRATANTE informar por escrito a LA COMPAÑÍA el nuevo número de cuenta. La mencionada modificación entrará en vigencia a los XX días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación por parte de EL CONTRATANTE

EL CONTRATANTE declara que ha tomado conocimiento de que puede establecer un monto máximo para el cargo automático. Asimismo, declara que la presente autorización de cargo automático no enerva su responsabilidad sobre la realización de los pagos de la prima que correspondan a la presente póliza.

BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)				
(Apellidos y Nombres) (*)	**DNI/CE (*)**	**Porcentaje (*)**	**Parentesco / Vinculo**	**Fecha de Nacimiento**

(*)Campos obligatorios

En caso no se designen BENEFICIARIOS, las coberturas correspondientes serán otorgadas los herederos legales del ASEGURADO, en partes iguales, previa presentación de la copia certificada de la Partida Registral donde esté inscrita la Resolución de Declaración de Herederos (judicial o notarial); o el contenido del testamento del ASEGURADO.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

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. **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 comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**

6. **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.**

7. **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo para la cobertura de invalidez total y permanente).**

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 tolerancias 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/

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) SOLO SE REGISTRA INFORMACIÓN EN CASO DE COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)

1. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? SI / NO.

2. Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: 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. SI / NO

En caso haya marcado la opción "SI" en una de las preguntas deberá detallar la siguiente información:

Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*	Institución y Médico Tratante
		☐ S ☐ T ☐ ST	
		☐ S ☐ T ☐ ST	
		☐ S ☐ T ☐ ST	
		☐ S ☐ T ☐ ST	

* Sano: S
En tratamiento: T
Sin tratamiento: ST

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.crecerseguros.pe.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al COMERCIALIZADOR y/o a LA COMPAÑÍA podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.
- Autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA y COMERCIALIZADOR respectivamente, 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.
- LA COMPAÑÍA comunicará al SOLICITANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.
- 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, 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, el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.
De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Póliza 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 del certificado electrónico:

- La Póliza 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.crecerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

- La integridad y autenticidad de la Póliza 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.

- 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: XXXXX, o la Central Teléfono: 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, 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 Seguro que solicito por medio de este documento.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Completar únicamente si el ASEGURADO es distinto a EL CONTRATANTE:

Firma del asegurado _____

Fecha _____

RESUMEN - SEGURO DE INVALIDEZ POR ACCIDENTES

INFORMACIÓN GENERAL

1. **¿Cómo puedo contactarme con la Compañía de Seguros?**
   - Dirección: XXXXX
   - Teléfono: Lima XXXX / Provincia XXXX
   - Página web: www.crecerseguros.pe
   - Correo electrónico: XXXXX

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

   XXX

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

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

4. **¿Qué riesgos cubre la Póliza?**
   El riesgo cubierto por esta Póliza es la Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito. 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:

   - **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.**
   - **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, 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.**
   - **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo para la**

cobertura de invalidez total y permanente).

6. **¿Cómo se ejerce el 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 o de la nota de cobertura provisional, 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.

7. **¿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 XXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXX, a efectos de tener la debida orientación.