

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO CRECE PROTEGIDO**

**CÓDIGO SBS N° VI1787200014**

Póliza N° \_\_\_\_\_ / Certificado N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

<b>Denominación o Razón social:</b> Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros
<b>RUC:</b> 20600098633
<b>Domicilio:</b> Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.
<b>Teléfono:</b> Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
<b>Correo electrónico:</b> gestionalcliente@crecerseguros.pe

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
<b>Nombre o Razón social:</b>		<b>Nombre o Razón social:</b>	
<b>Documento de identidad o RUC:</b>		<b>Documento de identidad o RUC:</b>	
<b>Domicilio:</b>		<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Teléfono:</b>	

**DATOS DEL CORREDOR**

<b>Denominación Social</b>		<b>Registro Oficial</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Comisión</b>

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

<b>Nombres y Apellidos</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono _____		

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (para cuando se contrate plan que incluya asegurado adicional)**

<b>Nombres y Apellidos</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono _____		

**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 en la Solicitud-Certificado.

BENEFICIARIOS DE ASEGURADO TITULAR			
Nombres y Apellidos(*)	Tipo y N° de documento(*)	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje

(\*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

<b>BENEFICIARIOS DE ASEGURADO ADICIONAL</b>	El Asegurado titular
---	----------------------

**DATOS DEL SEGURO**

<b>Coberturas Principales</b>	Muerte Natural, Muerte Accidental.
<b>Inicio de vigencia</b>	Desde: ___/___/___
<b>Fin de vigencia</b>	Hasta: ___/___/___ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

**PRIMA SEGÚN PLAN SOLICITADO**

<input type="checkbox"/> Plan 1				<input type="checkbox"/> Plan 2			
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Titular + Adicional	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Titular + Adicional	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Titular + Adicional	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Titular + Adicional
Prima Comercial	S/ XX	Prima Comercial	S/ XX	Prima Comercial	S/ XX	Prima Comercial	S/ XX

Prima Comercial + IGV	S/ XX	Prima Comercial + IGV	S/ XX	Prima Comercial + IGV	S/ XX	Prima Comercial + IGV	S/ XX
La prima comercial incluye: Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso) Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)							
<b>Frecuencia de pago:</b> XXXX <b>Lugar y forma de pago:</b> XXXX							

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](http://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 \_\_\_\_\_

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

#### 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"

#### COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
<b>Muerte Natural</b>	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.	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> XXX
<b>Muerte Accidental</b>	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 TITULAR y le ocasione la muerte. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO TITULAR como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b>	<b>Suma asegurada:</b> XXX <b>Periodo de carencia:</b> XXX <b>Deducible:</b> 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	Beneficiarios

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

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro 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 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.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
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 (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 (solo para aquellos casos de invalidez total y permanente).

**¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?**

EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o un tercero, deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).

Para solicitar las coberturas correspondientes, EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos en la tabla adjunta:

Documentos <sup>2</sup>	Muerte Natural	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).		<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
Protocolo de Necropsia (copia simple).		<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).		<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia).		<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	<input checked="" type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

<sup>2</sup> Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada:

Documentos Obligatorios	Cobertura adicional XXX				Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX	Cobertura adicional XXX
<xxx>	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
<xxx>	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

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

**COMUNICACIONES**

LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO acuerdan que las comunicaciones relacionadas con el presente Seguro se cursarán a las direcciones físicas, electrónicas, o números telefónicos indicados en la presente Solicitud-Certificado.

**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 tener acceso o a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario.
- Los Avisos del Siniestro y las Solicitudes de Cobertura podrán presentarse en cualquier punto de venta del Comercializador o de LA COMPAÑÍA, por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe).
- Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI, la Vía Judicial o después de ocurrido el siniestro pactar ir a la Vía Arbitral.

<p><b>Defensoría del Asegurado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a></li> <li>• Teléfono: 01-4210614</li> </ul>	<p><b>SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)</li> </ul>
<p><b>INDECOPI</b> (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima.</li> <li>• Página Web: <a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a></li> <li>• Teléfono: (01) 2247800</li> </ul>	<p><b>Vía Judicial</b> En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p> <p><b>Vía Arbitral</b> Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.</p>

- Si el microseguro se adquiere mediante un comercializador a distancia, EL ASEGURADO podrá ejercer su **derecho de arrepentimiento**, pudiendo resolver sin expresión de causa la solicitud-certificado, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de ésta, siempre que su contratación no sea condición para la realización de una operación crediticia. En caso se ejercite este derecho, LA COMPAÑÍA devolverá el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de efectuada la solicitud.
- 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.
- El incumplimiento de pago de la prima origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación. LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida. Para rehabilitar la cobertura, se tendrá que proceder al pago del total de las primas adeudadas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que se efectuó el pago.
- Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Solicitud-Certificado. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA comunicará a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Solicitud-Certificado por falta de pago de prima, y la resolución operará desde el día en que se reciba la comunicación

**CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:
  - (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del

producto y/o servicio); y

- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.
- (iii) LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:

- (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
- (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de "Negación al consentimiento", de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.