

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
CÓDIGO SBS N° RG1785910022 / Póliza N° 0000000021

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

DATOS DE LA ASEGURADORA			
Denominación o Razón social: Crecer Seguros S.A., Compañía de Seguros		RUC: 20600098633	
Domicilio: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima, Lima		Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.	
Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social: Banco Pichincha		RUC:	20100105862
Dirección:	Av. Ricardo Palma 278	Distrito:	Miraflores
Provincia: Lima	Departamento: Lima	Teléfono:	(01) 612-2222 (Lima) ó 0-801-00222 (Provincias)
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años.			
Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días.			
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días.			
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Cobertura	Suma Asegurada		
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)	Suma Asegurada: Se pagará hasta un máximo de 05 cuotas dobles del crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 500 por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de desempleo: Periodo de carencia: 30 días. Deducible: 30 días. Antigüedad laboral: <ul style="list-style-type: none"> • 180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador. • 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. Periodo activo mínimo: 180 días Número máximo de eventos cubiertos: 02 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: Por cada 30 días de desempleo involuntario justificado del Asegurado: <ol style="list-style-type: none"> Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y una cuota al Asegurado (hasta el monto de la cuota máximo detallado). Si el préstamo se encuentra cancelado, el monto equivalente a la cuota doble será pagada al Asegurado. El pago se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.		
	Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	Suma Asegurada: Equivalente hasta 05 cuotas dobles del crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 500 por cada cuota, indemnizables por cada 30 días consecutivos de incapacidad laboral. Periodo de carencia: 30 días para los casos de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad. No aplica para los casos de incapacidad temporal por accidente. Deducible: 30 días. Periodo activo mínimo: 180 días. Número máximo de eventos: 02 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro. Forma de pago: Por cada 30 días de incapacidad temporal justificada del Asegurado: <ol style="list-style-type: none"> Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y una cuota al Asegurado (hasta el monto de la cuota máximo detallado). Si el préstamo se encuentra cancelado, el monto equivalente a la cuota doble será pagada al Asegurado. El pago se hará a solicitud del Asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.	
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 adicional	Descripción	Suma asegurada y condiciones	
No aplica	No aplica	No aplica	
BENEFICIARIOS			
Nombre completo o denominación o razón social:	Con crédito vigente:	Con crédito cancelado:	
Relación con el asegurado:	El Contratante (1 cuota) y el asegurado (1 cuota). Banco Pichincha / El asegurado	El asegurado (cuota doble) El asegurado	
COASEGURO	PORCENTAJE CEDIDO		
No aplica	No aplica		
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas del día de desembolso del préstamo.			
Fin de vigencia: Hasta las 24:00 horas del último día del plazo del préstamo personal inicial* o la fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; lo que ocurra primero.			
*No incluye reprogramaciones.			

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)	
Prima	Plan Básico
Prima Comercial	S/. 211.86
Prima Comercial + IGV	S/. 250.00

Descripción General	Monto / Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador:	6% de la prima comercial sin IGV

Frecuencia de pago: Prima única adelantada.
Lugar y forma de pago: Pagada a través del comercializador al momento del desembolso del crédito.
Plan elegido: Plan Básico

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

Creceer Seguros no estará obligada a indemnizar al Contratante y/o Asegurado y/o beneficiario designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad temporal, ocurra como consecuencia de:

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1) Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 2) Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 3) Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad (cuando la antigüedad laboral con el empleador es menor a un año), invalidez absoluta permanente y jubilación.
- 4) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 5) Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.
- 6) Suspensión perfecta de labores.
- 7) Liquidación o cierre definitivo de la empresa en la que labora el trabajador.

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia.
- 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puéting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.
- 5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 7) A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 8) Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 9) Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 10) A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 11) Hernias y sus consecuencias.
- 12) Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

La Compañía puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva: No aplica

¿QUE PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUN REQUERIMIENTO SOBRE EL SEGURO?

Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe. Creceer Seguros dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑIA.

¿QUE HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier tercero deberá informar a La Compañía sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Creceer Seguros a través de los datos de contacto proporcionados en este documento.

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 podrá 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. 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.

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 del Comercializador y presentar los siguientes documentos obligatorios (*) requeridos para solicitar el pago del siniestro:

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).
- Certificación Laboral emitida por su Empleador (copia simple).
- Documento de Identidad del Asegurado (Copia Simple).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y comprobante que acredite el pago de la liquidación de beneficios sociales, en caso corresponda.
- Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Declaración Jurada del Asegurado de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.
- Certificado de las doce (12) últimas aportaciones a la AFP o la ONP, emitido con posterioridad al mes de desempleo reclamado (original o certificación de reproducción notarial). En caso el Asegurado, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (original o certificación de reproducción notarial).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).
- Certificado médico o de Hospitalización detallado (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica, hospital en donde recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención) en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Historia Médica completa del Asegurado (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado.
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

La Compañía deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización del Asegurado o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

Asimismo, La Compañía podrá solicitar documentos adicionales, respecto a aclaraciones o precisiones de la documentación e información obligatoria presentada por El Contratante o El Beneficiario, listada en esta solicitud-certificado, que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta La Compañía para consentir o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado. Si La Compañía no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada: No aplica

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑIA pone a su disposición, debiendo LA COMPAÑIA 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.

INFORMACION ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.

DATOS DEL ASEGURADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	N° Documento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Ocupación	Fecha de nacimiento / /		
Dirección	Departamento		Distrito
Provincia	Teléfono / celular		
Correo Electrónico	Relación del asegurado con el contratante		Cliente del Contratante
PRIMA			
Prima Comercial	S/. 211.86		
Prima Comercial + IGV	S/. 250.00		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPANIA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPANIA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO 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 COMPANIA 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 de Seguro y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para la puesta disposición del referido documento:

1. Cuando LA COMPANIA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Solicitud- Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro podrá ser entregada de forma presencial o puesta disposición 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.
3. LA COMPANIA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios del Certificado de seguro electrónico. 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.
4. Es La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
5. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré 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: gestionalcliente@crecearseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, 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 gestionalcliente@crecearseguros.pe.

LA COMPANIA 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 COMPANIA.

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.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

Mediante mi firma en la presente Solicitud – Certificado de Seguro autorizó expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de LA COMPANIA le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del ASEGURADO, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizó expresamente a la COMPANIA solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrollen las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.

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

Creceer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, "Los Datos").

"Los Datos" serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero,

cuya relación consta en la opción "Nuestros proveedores" en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, "Los Datos" serán almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" o "Potenciales Clientes" con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción "Nuestros proveedores" de su portal Web.

 SI

 NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

 SI

 NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de "Los Datos" para las finalidades descritas en la sección denominada "Consentimiento para el tratamiento de datos personales" es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear "Los Datos" para la ejecución del contrato celebrado.

¹ <https://www.creckerseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

³ Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

EMPRESA	DIRECCION
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido las condiciones de seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.

Emitido en _____ el ____ de _____ de 20__

Firma del Solicitante

Firma de Representante de LA COMPANIA



Gerente General



Vicepresidente Comercial

Nombres: _____

Apellidos: _____

Nro. DNI: _____

Nombre y apellidos del vendedor: _____

Correo electrónico vendedor: _____

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
CÓDIGO SBS N° RG1785910022 / Póliza N° 000000021 / Solicitud- Certificado N°

DATOS DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno		Apellido Materno			
Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento		N° Documento		Sexo	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Ocupación		Fecha de nacimiento			
Dirección		Distrito			
Provincia		Departamento		Teléfono / celular	
Correo Electrónico		Relación del asegurado con el contratante		Cliente del Contratante	
PRIMA					
Prima Comercial		S/. 211.86			
Prima Comercial + IGV		S/. 250.00			
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES					
<p>He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPANIA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPANIA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO 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.</p> <p>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 COMPANIA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.</p> <p>De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para la puesta disposición del referido documento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando LA COMPANIA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones. 2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Solicitud- Certificado de Seguro. La Póliza de Seguro podrá ser entregada de forma presencial o puesta disposición 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. 3. LA COMPANIA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios del Certificado de seguro electrónico. 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. 4. Es La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento. 5. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico. <p>Consideraciones básicas: En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@crecerseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, 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 gestionalcliente@crecerseguros.pe.</p> <p>LA COMPANIA 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 COMPANIA. 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.</p>					
AUTORIZACION ACCESO A HISTORIA CLINICA					
<p>Mediante mi firma en la presente Solicitud - Certificado de Seguro autorizó expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de LA COMPANIA le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del ASEGURADO, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizó expresamente a la COMPANIA solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrollen las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.</p>					
PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)					
<p>Creceer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, "Los Datos").</p> <p>"Los Datos" serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero,</p>					

cuya relación consta en la opción "Nuestros proveedores" en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, "Los Datos" serán almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" o "Potenciales Clientes" con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción "Nuestros proveedores" de su portal Web.

 SI

 NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de "Los Datos" para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

 SI

 NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de "Los Datos" para las finalidades descritas en la sección denominada "Consentimiento para el tratamiento de datos personales" es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear "Los Datos" para la ejecución del contrato celebrado.

¹ <https://www.crecersegueros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo

183º.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

³

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido las condiciones de seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.

Emitido en _____ el ____ de _____ de 20__

Firma del Solicitante

Firma de Representante de LA COMPANIA



Gerente General



Vicepresidente Comercial

Nombres:

Apellidos:

Nro. DNI:

Nombre y apellidos del vendedor:

Correo electrónico vendedor:

