



DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo				<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion				
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Mi Vivienda Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 200,000					
Apellido paterno del solicitante				Apellido materno del solicitante				
Nombre(s) del solicitante				Tipo de documento		N° documento		
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.				
Género		Fecha de nacimiento		Monto solicitado		Plazo (indicar años / meses)		
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Dirección (avenida / calle / pasaje)						N°	Dpto. / int.	Piso
Urbanización		Distrito		Provincia		Departamento		
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico				

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: _____ cms Peso: _____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") Ninguno Menos de 5 Entre 5- 25 Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.



DPS-0001-009

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo				<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion				
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Mi Vivienda Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 200,000					
Apellido paterno del solicitante				Apellido materno del solicitante				
Nombre(s) del solicitante				Tipo de documento		N° documento		
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.				
Género		Fecha de nacimiento		Monto solicitado		Plazo (indicar años / meses)		
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Dirección (avenida / calle / pasaje)						N°	Dpto. / int.	Piso
Urbanización		Distrito		Provincia		Departamento		
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico				

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: _____ cms Peso: _____ kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") Ninguno Menos de 5 Entre 5- 25 Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.


DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo					<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion			
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Mi Vivienda Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 200,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 200,000					
Apellido paterno del solicitante					Apellido materno del solicitante			
Nombre(s) del solicitante					Tipo de documento	N° documento		
					<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> C.E.		
Género	Fecha de nacimiento		Monto solicitado		Plazo (indicar años / meses)			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Dirección (avenida / calle / pasaje)						N°	Dpto. / int.	Piso
Urbanización		Distrito		Provincia		Departamento		
Teléfono fijo		Celular		Correo electrónico				

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura: _____ cms Peso: _____ kgs

 ¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") Ninguno Menos de 5 Entre 5- 25 Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.



Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”¹ que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados 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 haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá 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.

Firma del declarante																					
Nombres y Apellidos																					
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>																				
Número	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

Fecha

Nombres y apellidos del
funcionario receptor

Firma del funcionario
receptor

Correo electrónico del
funcionario receptor

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”¹ que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados 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 haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá 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.

Firma del declarante	
Nombres y Apellidos	
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
Número	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fecha

Nombres y apellidos del
funcionario receptor

Firma del funcionario
receptor

Correo electrónico del
funcionario receptor



Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”¹ que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados 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 haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá 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.

Firma del declarante	
Nombres y Apellidos	
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
Número	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fecha

Nombres y apellidos del
funcionario receptor

Firma del funcionario
receptor

Correo electrónico del
funcionario receptor