

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO FAMILIA PROTEGIDA**  
**CÓDIGO SBS N° VI1787200025**  
**Póliza N° 0000000012 / Certificado N°**

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

<b>Denominación o Razón social:</b> Creceer 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@creceerseguros.pe	

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>Nombre o Razón social:</b> Banco Pichincha	<b>Documento de identidad:</b> RUC 20100105862
<b>Domicilio:</b> Av. Ricardo Palma 278, Miraflores	<b>Teléfono:</b> 612-2222 (Lima) 0-801-00222 (Provincias)

**DATOS DEL COMERCIALIZADOR**

<b>Nombre o Razón social:</b> El contratante	<b>Documento de identidad:</b> -
<b>Domicilio:</b> -	<b>Teléfono:</b> -

**DATOS DEL CORREDOR**

<b>Denominación Social</b>	América Brokers Corredores de Seguros S.A.	<b>Registro Oficial</b>	<b>J-0513</b>
<b>Dirección</b>	Av. Jorge Basadre Grohmann Nro. 310 Int. 603	<b>Teléfono</b>	<b>(01) 612 3636</b>

**DATOS DEL MICROSEGURO**

<b>Inicio de vigencia</b>	Desde la fecha de contratación (emisión) de este microseguro.	<b>Fin de vigencia</b>	Hasta 3 años contando desde la emisión de este documento o la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido, lo que ocurra primero.
<b>Renovación</b>	La Solicitud-Certificado NO se renueva automáticamente.		

**CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO**

Edad mínima de ingreso al microseguro: 18 años
Edad máxima de ingreso al microseguro: 64 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 69 años y 364 días

**EVENTOS ASEGURADOS**
**COBERTURAS PRINCIPALES DEL MICROSEGURO**

Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones
		Plan Básico
<b>Muerte Natural</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca por causas naturales, o como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.	<b>Suma asegurada:</b> S/ 2,000 <b>Periodo de carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica

**COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO**

Cobertura	Descripción	Suma asegurada y condiciones
		Plan Básico
<b>Muerte Accidental</b>	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente.*.  *Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. <b>No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como</b>	<b>Suma asegurada:</b> S/ 3,500 <b>Periodo de carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Beneficiario:</b> El señalado en la Solicitud-Certificado

CÓDIGO SBS N° VI1787200025

	<b>consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</b> (Esta definición aplica para las demás coberturas donde se mencione Accidente)	
<b>Renta Familiar</b>	En caso de fallecimiento del ASEGURADO, a causas naturales o por un accidente, durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará una indemnización por la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y la Solicitud – Certificado de Seguro, dicha Suma Asegurada se pagará en la(s) parte(s) y plazo(s) acordados con el BENEFICIARIO, como máximo dentro del período de un (1) año.	<b>Suma asegurada:</b> S/ 2,000 <b>Periodo de carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Beneficiario:</b> El señalado en la Solicitud-Certificado.
<b>Desamparo súbito Familia</b>	En caso de fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o conviviente, como consecuencia de un mismo Accidente, se otorgará una indemnización equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud –Certificado y/o Condiciones Particulares de la Póliza, a los hijos menores de edad y a los hijos mayores de edad incapacitados de manera total y permanente.  Ambos fallecimientos se deben producir en un plazo de 90 días desde la fecha del Accidente. La suma asegurada se reparte por partes iguales entre los hijos, que queden en situación de desamparo.	<b>Suma asegurada:</b> S/ 5,000 <b>Periodo de carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Beneficiario:</b> Los hijos menores de edad del Asegurado y/o los hijos mayores de edad incapacitados de manera total y permanente del Asegurado.
<b>Invalidez Total y Permanente (ITP) por accidente <sup>2</sup></b>  <small><sup>2</sup>Invalidez Temporal y Permanente por Accidente (ITP): Pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado, que le impide desempeñar cualquier ocupación como consecuencia de un mismo Accidente, según definición en este artículo.</small>	LA COMPAÑIA pagará a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO pierda o disminuya permanente e irreversiblemente sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación, como consecuencia de un accidente.  Para acceder a la presente cobertura la ITP por Accidente no debe estar incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.  La invalidez debe estar sustentada por 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 la misma es total permanente. Deberá tratarse de 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 N° 058-94-EF/SAFP).  La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la invalidez es permanente y que su grado es total o de gran invalidez; 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”.	<b>Suma asegurada:</b> S/ 2,000 <b>Periodo de carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Beneficiario:</b> El asegurado
<b>Asistencias</b>	<b>Descripción</b>	<b>Eventos</b>
<b>Aló doctor</b>	Orientación médica telefónica para consultas de medicina general o de patologías menores.	Limite por evento: 1 Límite del Servicio: 1 Eventos al año: 3
<b>Médico a domicilio</b>	Envío de un médico general para evaluación y diagnóstico del paciente en su domicilio, sujeto a disponibilidad de cobertura. Co-pago de S/ 35 por evento.	Limite por evento: 1 Límite del Servicio: 1 Eventos al año: 3

<b>Chequeo preventivo</b>	Coordinación de chequeo preventivo en centros médicos afiliados para el asegurado titular y su cónyuge. Por un límite total de: S/ 200	Límite por evento: 1 Límite del Servicio: Hasta S/200 Eventos al año: 1
<b>Entrega de medicinas</b>	Coordinación y envío de medicinas, sujeto a disponibilidad de cobertura. Este servicio se brindará hasta por un monto de S/ 40	Límite por evento: 1 Límite del Servicio: Hasta S/40 Eventos al año: 4

**Manual de Asistencias:**

Para solicitar el servicio de asistencias, podrá comunicarse llamando a los siguientes números: (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4.

**CONDICIONES PARA EL USO DE LAS ASISTENCIAS:**

Con la finalidad de hacer uso de las Asistencias, se solicita al Asegurado cumplir con las siguientes condiciones, en caso, el Asegurado incumpla las condiciones indicadas para cada asistencia, perderá automáticamente su derecho a usar de la misma y, por ende, LA COMPAÑÍA no brindará la asistencia respectiva.

La llamada a la Central de Asistencias será considerada como declaración o parte de la solicitud de la asistencia, por lo que el Asegurado autoriza expresamente a Crecer Seguros para que todas las llamadas sean grabadas en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes de asistencias del asegurado.

**EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)**

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura 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 (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.

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

En caso de siniestro, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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.

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 podría 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.

Para solicitar la cobertura de Muerte Natural, EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

Documentos	Muerte Natural
i. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
ii. Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial).	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>
iii. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>

<sup>1</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.

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. El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

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 <sup>1</sup>	Muerte accidental	Renta familiar	ITP por accidente	Desamparo súbito familiar
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). <b>Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). <b>Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

CÓDIGO SBS N° V1787200025

Copia Literal de la inscripción definitiva de la: Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial). <b>Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>		
Protocolo de Necropsia (copia simple). <b>Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>		
Atestado Policial completo (copia simple) <sup>3</sup> . <b>Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial) <sup>3</sup> . Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSAL), en original o certificación de reproducción notarial.			<input checked="" type="checkbox"/>	
Certificado Médico de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.				<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (copia certificada que expide la RENIEC o certificación de reproducción notarial). <b>Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).</b>				<input checked="" type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado (original o certificación de reproducción notarial). <b>Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.</b>				<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>
Protocolo de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado (copia simple). <b>Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.</b>				<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>
Documento donde conste la filiación del Beneficiario con el Asegurado y con su cónyuge o conviviente, que puede ser: Copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o partida de nacimiento del beneficiario. <b>Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).</b> Copia certificada por el poder judicial de la sentencia de adopción firme o de la sentencia de declaración de paternidad firme. <b>Se obtiene en el Poder Judicial.</b> Copia certificada de la partida registral donde aparezca inscrito el contenido del testamento. <b>Se obtiene en Registros Públicos.</b> Documento de fecha cierta donde conste el				<input checked="" type="checkbox"/>

CÓDIGO SBS N° VI1787200025

reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial).				
Carné de discapacidad vigente, en caso el beneficiario sea mayor de edad (copia simple). Se obtiene en el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS).				☑
Acta o partida de matrimonio (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial) o Copia certificada de la partida registral donde conste inscrita la unión de hecho en el registro personal de la oficina registral que corresponda al domicilio de los convivientes (en caso de convivencia) (original).				☑

<sup>1</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.

<sup>2</sup> se solicitará en caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado.

<sup>3</sup> siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, según el caso, comunicándose la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

### ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CONTRATO DE MICROSEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

#### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, 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 comunicación que LA COMPAÑÍA pone a disposición en la Solicitud-Certificado, 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 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.

#### COMUNICACIONES

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 TITULAR, al ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este microseguro. 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 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 TITULAR y ADICIONAL 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 Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, 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 el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. La Solicitud-Certificado 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.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe), donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

2. La integridad y autenticidad de la Solicitud -Certificado 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.
3. 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: [gestionalcliente@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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 Microseguro que solicito por medio de este documento.

#### 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 requerimientos 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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.pe). Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo con el caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

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.

#### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LEY N° 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC N° 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”<sup>1</sup> situado 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 seguros<sup>2</sup>; 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<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>, 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.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar nuestra política de privacidad publicada en [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe).

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

<sup>2</sup> **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros:** Artículo 183°.- 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.

<sup>3</sup> <http://portal.creceseguros.pe/Home/Consulta>

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

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO FAMILIA PROTEGIDA**
**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR / SOLICITANTE**

<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>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Dirección de domicilio</b>		<b>Correo Electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono				

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL \* (pueden ser hasta dos asegurados adicionales)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>1</b>	No aplica	<b>2</b>	No aplica
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°: No aplica		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°: No aplica	
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M : No aplica		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M: No aplica	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	No aplica		No aplica	
<b>Envío de Comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio: No aplica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono		<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio: No aplica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono	

**PRIMA**

<b>Prima Comercial</b>	S/ 300.00
<b>Prima Comercial + IGV</b>	S/ 300.00

- **Frecuencia de pago:** Prima única adelantada
- **Lugar y forma de pago:** a través del comercializador
- **La prima comercial incluye:**
  - Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 4.50% de la prima neta, J-0513
  - Cargos por la comercialización de microseguros a través de promotores de seguros: No aplica
  - Cargos por la comercialización de microseguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 49% de la prima neta

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPANIA otorga un plazo de gracia adicional de 90 días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPANIA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

**BENEFICIARIOS**

Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.

**BENEFICIARIOS DEL 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 legales. 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.

**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 microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe). En virtud de ello, solicito la contratación del microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 7 páginas.

Emitido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

		
<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Gerente General</b>	<b>Vicepresidencia Comercial</b>

**SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO FAMILIA PROTEGIDA**
**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR / SOLICITANTE**

<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>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Dirección de domicilio</b>		<b>Correo Electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Envío de comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono				

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL \* (pueden ser hasta dos asegurados adicionales)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>1</b>	No aplica	<b>2</b>	No aplica
<b>Tipo de documento</b>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°: No aplica		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°: No aplica	
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M : No aplica		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M: No aplica	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	No aplica		No aplica	
<b>Envío de Comunicaciones</b>	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio: No aplica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono		<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio: No aplica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono	

**PRIMA**

<b>Prima Comercial</b>	S/ 300.00
<b>Prima Comercial + IGV</b>	S/ 300.00

- **Frecuencia de pago:** Prima única adelantada
- **Lugar y forma de pago:** a través del comercializador
- **La prima comercial incluye:**
  - Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 4.50% de la prima neta, J-0513
  - Cargos por la comercialización de microseguros a través de promotores de seguros: No aplica
  - Cargos por la comercialización de microseguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 49% de la prima neta

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPANIA otorga un plazo de gracia adicional de 90 días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPANIA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

**BENEFICIARIOS**

Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la Solicitud-Certificado.

**BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR**



<b>Nombres y Apellidos (*)</b>	<b>Tipo y N° de documento (*)</b>	<b>Relación con el Asegurado Titular</b>	<b>Porcentaje</b>

(\*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. 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.

**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 microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: [www.creceerseguros.pe](http://www.creceerseguros.pe). En virtud de ello, solicito la contratación del microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 7 páginas.

Emitido el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

		
<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Gerente General</b>	<b>Vicepresidencia Comercial</b>