Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima - Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0001-009

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada	☐ Soles ☐ Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")

☐ **Seguro de Desgravamen Saldo** ☐ **Seguro de Desgravamen con Devolucion**

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 200,000	☐ **Mi Vivienda** Desde S/ 200,000	☐ **Techo propio** Desde S/ 200,000	☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000	☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000
☐ **Pyme** Desde S/ 135,000	☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,001	☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 90,000	☐ **Convenios** Desde S/ 200,000	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ F ☐ M	_ _		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	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
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

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

COPIA COMPAÑIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima - Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0001-009

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada	☐ Soles ☐ Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")

☐ **Seguro de Desgravamen Saldo** ☐ **Seguro de Desgravamen con Devolucion**

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 200,000	☐ **Mi Vivienda** Desde S/ 200,000	☐ **Techo propio** Desde S/ 200,000	☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000	☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000
☐ **Pyme** Desde S/ 135,000	☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,001	☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 90,000	☐ **Convenios** Desde S/ 200,000	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ F ☐ M	_ _		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	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
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

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

COPIA BANCO

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima - Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0001-009

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda Solicitada	☐ Soles ☐ Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")

☐ **Seguro de Desgravamen Saldo** ☐ **Seguro de Desgravamen con Devolucion**

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 200,000	☐ **Mi Vivienda** Desde S/ 200,000	☐ **Techo propio** Desde S/ 200,000	☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000	☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000
☐ **Pyme** Desde S/ 135,000	☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,001	☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 90,000	☐ **Convenios** Desde S/ 200,000	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ F ☐ M	_ _		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	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
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

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

COPIA CLIENTE

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.

Cláusula de Protección de Datos Personales

La aseguradora informa al asegurado que sus datos personales serán tratados conforme a la Ley N.° 29733, su Reglamento (D.S. N.° 016-2024-JUS) y demás normativa aplicable.

Los datos serán utilizados únicamente para la gestión de esta cobertura, la atención de siniestros y el cumplimiento de obligaciones legales. Cuando corresponda, podrán ser compartidos con terceros autorizados, dentro o fuera del país, siempre que ello resulte necesario para la ejecución del seguro y en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.

El asegurado podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) y demás reconocidos por la normativa vigente, mediante los formatos disponibles en https://www.crecerseguros.pe o en nuestras oficinas, asimismo la presentación de estos formatos para el ejercicio de sus derechos deberá de efectuarse en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima – Perú.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

Firma del declarante												
Nombres y Apellidos												
Documento	DNI ☐						C.E. ☐					
Número												

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.

Cláusula de Protección de Datos Personales

La aseguradora informa al asegurado que sus datos personales serán tratados conforme a la Ley N.° 29733, su Reglamento (D.S. N.° 016-2024-JUS) y demás normativa aplicable.

Los datos serán utilizados únicamente para la gestión de esta cobertura, la atención de siniestros y el cumplimiento de obligaciones legales. Cuando corresponda, podrán ser compartidos con terceros autorizados, dentro o fuera del país, siempre que ello resulte necesario para la ejecución del seguro y en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.

El asegurado podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) y demás reconocidos por la normativa vigente, mediante los formatos disponibles en https://www.crecerseguros.pe o en nuestras oficinas, asimismo la presentación de estos formatos para el ejercicio de sus derechos deberá de efectuarse en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima – Perú.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

Firma del declarante												
Nombres y Apellidos												
Documento	DNI ☐ C.E. ☐											
Número												

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.

Cláusula de Protección de Datos Personales

La aseguradora informa al asegurado que sus datos personales serán tratados conforme a la Ley N.° 29733, su Reglamento (D.S. N.° 016-2024-JUS) y demás normativa aplicable.

Los datos serán utilizados únicamente para la gestión de esta cobertura, la atención de siniestros y el cumplimiento de obligaciones legales. Cuando corresponda, podrán ser compartidos con terceros autorizados, dentro o fuera del país, siempre que ello resulte necesario para la ejecución del seguro y en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.

El asegurado podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) y demás reconocidos por la normativa vigente, mediante los formatos disponibles en https://www.crecerseguros.pe o en nuestras oficinas, asimismo la presentación de estos formatos para el ejercicio de sus derechos deberá de efectuarse en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima – Perú.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: https://www.crecerseguros.pe/

Firma del declarante												
Nombres y Apellidos												
Documento	DNI ☐ C.E. ☐											
Número												

Fecha

Nombres y apellidos del funcionario receptor

Firma del funcionario receptor

Correo electrónico del funcionario receptor