

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: Hipotecario, Mi Vivienda, Techo Propio, Pyme, Préstamo Negocio, Préstamo Personal, Préstamo Personal Colaborador, Convenios.

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

Características del Seguro

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR				
Nombre o Razón social	BANCO PICHINCHA S.A.		RUC	20100105862
Dirección	Av. Ricardo Palma 278 Lima - Lima - Miraflores			
Distrito	Miraflores	Provincia	Lima	
Departamento	Lima	Teléfono	(01) 612-2000	
ASEGURADO				
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.				
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO				
Para los Créditos	Hipotecario, Mi Vivienda, Techo Propio	Pyme, Préstamo Negocio	Préstamo Personal, Préstamo Personal Colaborador	Convenios
Edad mínima de ingreso	18 años			
Edad máxima de ingreso	69 años y 364 días	69 años y 364 días	70 años y 364 días	
Edad máxima de permanencia	79 años y 364 días	74 años y 364 días		
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)				
Coberturas Principales: Saldo no pagado del capital, es decir saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado. Monto máximo: US\$ 750,000 o S/ 2'625,000.				
VIGENCIA DEL SEGURO				
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.				
Fin de vigencia: El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.				
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹				
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.			
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.			
Invalidez total permanente (ITP)	La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique: 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. 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 es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica 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 058-94-EF/SAFP). La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); 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".			

¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULAS ADICIONALES

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento: No aplica

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial:

Tipo de crédito	Tasa prima mensual Asegurado Titular		Tasa prima mensual Asegurado Titular y adicional	
	Coberturas Principales	Coberturas Adicionales	Coberturas Principales	Coberturas Adicionales
Hipotecario	0.050%	No Aplica	0.090%	No Aplica
Mi Vivienda	0.047%	No Aplica	0.080%	No Aplica
Techo Propio	0.047%	No Aplica	0.080%	No Aplica
Préstamo Personal	0.180%	No Aplica	0.278%	No Aplica
Convenios	0.090%	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: J-0513

- Hipotecario, Mi Vivienda y Techo Propio: cero coma cero cero uno por ciento para el titular y, titular y adicional, del saldo deudor.
- Préstamo Personal: cero coma cero cero dos por ciento para el titular y cero coma cero cero tres por ciento para titular y adicional, del saldo deudor.
- Convenios: cero coma cero cero uno para el titular; no aplica para titular y adicional, del saldo deudor.

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: No aplica

Cargos por la recaudación de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

- Hipotecario: cero coma cero veintinueve por ciento para el titular y cero coma cero cincuenta y uno por ciento para titular y adicional, del saldo deudor.
- Mi Vivienda y Techo Propio: cero coma cero veintisiete por ciento para el titular y cero coma cero cuarenta y seis por ciento para titular y adicional, del saldo deudor.
- Préstamo Personal: cero coma ciento treinta y uno por ciento para el titular y cero coma doscientos dos por ciento para titular y adicional, del saldo deudor.
- Convenios: cero coma cero cincuenta por ciento para el titular; no aplica para titular y adicional, del saldo deudor.

Bonificaciones / Premios / Utilidades u otros beneficios (en caso corresponda): Esta póliza cuenta con Participación de Utilidades a favor del Contratante, en función a un porcentaje del resultado técnico obtenido durante el período anual de la vigencia de la presente póliza. La forma de compensación de dicha participación será definida por mutuo acuerdo entre las partes.

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV.

Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en los documentos contractuales del crédito. Los pagos efectuados por el ASEGURADO al Comercializador serán considerados como pagados a Creceer Seguros.

Gastos Administrativos: No aplica

BENEFICIARIOS

Beneficiario	La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).
Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
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.
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

Moneda solicitada	☐ Soles	☐ Dólares	Fecha			
Para los tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)						
☐ Hipotecario	☐ Mi Vivienda	☐ Techo Propio	☐ Préstamo Negocio			
☐ Pyme	☐ Préstamo Personal	☐ Préstamo Personal Colaborador	☐ Convenios			
Apellido paterno del solicitante			Apellido materno del solicitante			
Nombre(s) del solicitante			Tipo de documento	N° documento		
			☐ D.N.I. ☐ C.E.			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Hipotecario, Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 70 mil o S/ 200 mil / Préstamo Personal: Desde USD 27 mil o S/90 mil / Convenios: Desde USD 70 mil o S/200 mil / Préstamo negocio desde USD 27 mil o S/ 90.001 mil.
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a 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 se materialice.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al ASEGURADO TITULAR, AL ASEGURADO ADICIONAL Y/O BENEFICIARIO, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer Seguros 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 su solicitud.
Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (incluido ASEGURADO 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
(i) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
(ii) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
(iii) dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal de la web www.creceerseguros.pe y seguir lo siguientes paso:
1) Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "cliente nuevo" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
2) Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: gestionalcliente@creceerseguros.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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.
LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Art. 24 de la Resolución SBS4143-2019.

COD SBS N° VI1787400001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

CLÁUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.

☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional**. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

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

COD SBS N° VI1787400001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO
CLÁUSULA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

La aseguradora mantiene un compromiso de **cero tolerancia frente al soborno y la corrupción**, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: <https://www.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

Apellido paterno del firmante adicional al crédito										Apellido materno del firmante adicional al crédito									
Nombre(s) del firmante adicional al crédito										Tipo de documento		N° documento							
										☐ D.N.I.	☐ C.E.								

Firma del solicitante

Firma del solicitante adicional

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos
del Funcionario

Correo electrónico del
Funcionario

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

Moneda solicitada		☐ Soles	☐ Dólares	Fecha				
Tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)								
☐ Hipotecario	☐ Mi Vivienda	☐ Techo Propio	☐ Préstamo Negocio					
☐ Pyme	☐ Préstamo Personal	☐ Préstamo Personal Colaborador	☐ Convenios					
Apellido paterno del solicitante				Apellido materno del solicitante				
Nombre(s) del solicitante				Tipo de documento		N° documento		
				☐ D.N.I. ☐ C.E.				

DECLARACION Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Hipotecario, Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 70 mil o S/ 200 mil / Préstamo Personal: Desde USD 27 mil o S/ 90 mil / Convenios: Desde USD 70 mil o S/200 mil / Préstamo negocio desde USD 27 mil o S/ 90.001 mil.
- Autorizo expresamente a Creceer Seguros a 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 se materialice.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al ASEGURADO TITULAR, AL ASEGURADO ADICIONAL Y/O BENEFICIARIO, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer Seguros 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 su solicitud.
Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (incluido ASEGURADO 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
(i) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
(ii) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
(iii) dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal de la web www.creceerseguros.pe y seguir lo siguientes paso:
1) Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "cliente nuevo" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
2) Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: gestionalcliente@creceerseguros.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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.
LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS 4143-2019.

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO**CLÁUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)**I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:**

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.

☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional**. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

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

COD SBS N° VI1787400001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO
CLÁUSULA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

La aseguradora mantiene un compromiso de **cero tolerancia frente al soborno y la corrupción**, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: <https://www.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

Apellido paterno del firmante adicional al crédito										Apellido materno del firmante adicional al crédito										
Nombre(s) del firmante adicional al crédito										Tipo de documento					N° documento					
										☐ D.N.I. ☐ C.E.										

Firma del solicitante

Firma del solicitante adicional

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos
del FuncionarioCorreo electrónico del
Funcionario

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

Moneda solicitada	☐ Soles	☐ Dólares	Fecha			
Tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)						
☐ Hipotecario	☐ Mi Vivienda	☐ Techo Propio	☐ Préstamo Negocio			
☐ Pyme	☐ Préstamo Personal	☐ Préstamo Personal Colaborador	☐ Convenios			
Apellido paterno del solicitante			Apellido materno del solicitante			
Nombre(s) del solicitante			Tipo de documento	N° documento		
			☐ D.N.I. ☐ C.E.			

DECLARACION Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros.
 - He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
 - He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Creceer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
 - He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Hipotecario, Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 70 mil o S/ 200 mil / Préstamo Personal: Desde USD 27 mil o S/ 90 mil / Convenios: Desde USD 70 mil o S/200 mil / Préstamo negocio desde USD 27 mil o S/ 90.001 mil.
 - Autorizo expresamente a Creceer Seguros a 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 se materialice.
 - Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.
 - He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Creceer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al ASEGURADO TITULAR, AL ASEGURADO ADICIONAL Y/O BENEFICIARIO, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Creceer Seguros 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 su solicitud.
- Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (incluido ASEGURADO 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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
- por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
 - por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
 - dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal de la web www.creceerseguros.pe y seguir lo siguientes paso:
 - 1) Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "cliente nuevo" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 - 2) Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: gestionalcliente@creceerseguros.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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.
- LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS 4143-2019.

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

CLÁUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro, Lima – Perú

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.

☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es **opcional**. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

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

COD SBS N° VI1787400001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

CLÁUSULA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

La aseguradora mantiene un compromiso de **cero tolerancia frente al soborno y la corrupción**, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: <https://www.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

Apellido paterno del firmante adicional al crédito										Apellido materno del firmante adicional al crédito									
Nombre(s) del firmante adicional al crédito										Tipo de documento					N° documento				
										☐ D.N.I. ☐ C.E.									

Firma del solicitante

Firma del solicitante adicional

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos
del Funcionario

Correo electrónico del
Funcionario