



## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

<b>Moneda solicitada</b>	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares	<b>Fecha (dd-mm-aa)</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> </div>
--------------------------	---	-------------------------	--

Tipo de Crédito solicitado (marcar con una "X")					
<input type="checkbox"/> Microfinanzas	<input type="checkbox"/> Pymes	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Preferente-PLD	
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Hipotecario especial	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Techo Propio	<input type="checkbox"/> Vehicular	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	N° documento
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)		
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> </div>				
Dirección (avenida / calle / pasaje)			N°	Dpto. / int.	Piso
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento		
Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico			

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

### Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información:                      Estatura: \_\_\_\_\_ cms                      Peso: \_\_\_\_\_ kgs

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

Marque con una "X" en el recuadro que corresponda a 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 / médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer				
<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Renal				
<input type="checkbox"/> Cardiovascular				
<input type="checkbox"/> Neurológica				
<input type="checkbox"/> Psiquiátrica				
<input type="checkbox"/> Respiratoria				
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA				
<input type="checkbox"/> Otro				

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



## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tipo de Crédito solicitado (marcar con una "X")					
<input type="checkbox"/> Microfinanzas	<input type="checkbox"/> Pymes	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Preferente-PLD	
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Hipotecario especial	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Techo Propio	<input type="checkbox"/> Vehicular	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	<input type="text"/>

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	Dpto. / int.	Piso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tetéfono fijo	Celular	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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")       Menos de 5       Entre 5 – 25       Más de 25

Marque con una "X" en el recuadro que corresponda a 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 / médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer				
<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Renal				
<input type="checkbox"/> Cardiovascular				
<input type="checkbox"/> Neurológica				
<input type="checkbox"/> Psiquiátrica				
<input type="checkbox"/> Respiratoria				
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA				
<input type="checkbox"/> Otro				

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



## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tipo de Crédito solicitado (marcar con una "X")					
<input type="checkbox"/> Microfinanzas	<input type="checkbox"/> Pymes	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Preferente-PLD	
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Hipotecario especial	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Techo Propio	<input type="checkbox"/> Vehicular	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	<input type="text"/>

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	Dpto. / int.	Piso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tetéfono fijo	Celular	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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")       Menos de 5       Entre 5 – 25       Más de 25

Marque con una "X" en el recuadro que corresponda a 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 / médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer				
<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Renal				
<input type="checkbox"/> Cardiovascular				
<input type="checkbox"/> Neurológica				
<input type="checkbox"/> Psiquiátrica				
<input type="checkbox"/> Respiratoria				
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA				
<input type="checkbox"/> Otro				

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



Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- Solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

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

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicitado, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

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

\_\_\_\_\_  
 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 se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

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

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicitado, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

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

\_\_\_\_\_  
 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 se materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

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

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicitado, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

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

\_\_\_\_\_  
 Nombres y apellidos del  
 funcionario receptor

\_\_\_\_\_  
 Firma del  
 funcionario receptor

\_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del  
 funcionario receptor