Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: MICROFINANZAS, PYMES, CONVENIOS, VEHICULAR GNV, PREFERENTE-PLD.

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

Características del Seguro

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	
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años. Edad máxima de ingreso al seguro: 72 años y 364 días. Edad máxima de permanencia al seguro: 74 años y 364 días.	*Si usted supera las edades máximas indicadas, también podrá solicitar un seguro de este ramo. En ese caso, Crecer Seguros efectuará la evaluación de su riesgo y la tarificación individual de la prima a pagar.
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)	
Monto original del crédito del asegurado titular.	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del crédito. 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). Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.	
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 de seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un **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), 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".	

COD SBS N° VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

Crecer Seguros

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Tasa prima mensual: La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta. Según la condición de salud específica del ASEGURADO (titular o adicional), la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

Tipo de crédito	Tasa prima mensual Asegurado Titular	Tasa prima mensual Asegurado Titular y adicional
Microfinanzas	0.083%	0.146%
Pymes	0.083%	0.146%
Convenios	0.090%	No aplica
Vehicular GNV	0.070%	0.120%
Preferente-PLD	0.180%	0.278%

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores. LA COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR una comisión por servicio de recaudación de primas que no se carga a la prima comercial que paga EL ASEGURADO.

Prima comercial: Equivale a la *Tasa prima mensual* multiplicada por la suma asegurada. En el cronograma de pagos del crédito se encontrará la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo tal y como se señala en el Certificado de Seguro.

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 Crecer Seguros.

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)	El asegurado en caso de ITP o los herederos legales en caso de muerte, por la diferencia que exista entre el monto original del crédito y el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos). Se podrá designar beneficiario(s) adicional(es) distintos a los herederos legales, en la presente Solicitud o durante la relación contractual, según lo señalado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

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. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito.**
4. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito.**
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).**

COD SBS N° VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

Crecer Seguros

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley N° 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:
   (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
   (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

EL ASEGURADO reconoce que el tratamiento de sus datos personales tal como se establece en este punto es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos solicitados.

LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:
   (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
   (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá marcar el casillero correspondiente al final del presente formulario, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

   ☐ No autorizo el tratamiento de mis datos personales previsto en el numeral 2

∗ Los seguros de Convenios con personal de las Fuerzas Armadas y Policiales, tienen un endoso conforme al cual no les resulta aplicable la exclusión de cobertura consistente en *"2. Lesiones sufridas en acción militar o policial"*.

COD SBS N° VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SCS-0002-001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada ☐ Soles ☐ Dólares

Fecha (dd-mm-aa) __ __ – __ __ – __ __

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

☐ Microfinanzas ☐ Pymes ☐ Convenios ☐ Vehicular GNV ☐ Preferente-PLD

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- **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: Microfinanzas, Pymes y Convenios: Desde USD 27 mil o S/ 90 mil. / Preferente-PLD y Vehicular GNV: Desde USD 35 mil o S/ 100 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer 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 con el 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 de resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
  1.Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.pe
  2.Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
  3.Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso 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.
  4.Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- 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 13 de la Resolución SBS 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular y al asegurado adicional, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito	Apellido materno del firmante adicional al crédito

Nombre(s) del firmante adicional al crédito	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera | Agencia | Nombres y Apellidos del Funcionario | Correo electrónico del Funcionario

COD SBS Nº VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER ENVIADO A CRECER SEGUROS POR VALIJA INTERNA

COPIA COMPAÑÍA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SCS-0002-001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada ☐ Soles ☐ Dólares

Fecha (dd-mm-aa) __ __ – __ __ – __ __

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

☐ Microfinanzas ☐ Pymes ☐ Convenios ☐ Vehicular GNV ☐ Preferente-LPD

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- **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: Microfinanzas, Pymes y Convenios: Desde USD 27 mil o S/ 90 mil. / Preferente-PLD y Vehicular GNV: Desde USD 35 mil o S/ 100 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer 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 con el 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 de resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
  1.Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.pe
  2.Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
  3.Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso 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.
  4.Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- 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 13 de la Resolución SBS 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular y al asegurado adicional, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito	Apellido materno del firmante adicional al crédito

Nombre(s) del firmante adicional al crédito	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera | Agencia | Nombres y Apellidos del Funcionario | Correo electrónico del Funcionario

COD SBS Nº VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

COPIA CLIENTE

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

SCS-0002-001

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada ☐ Soles ☐ Dólares

Fecha (dd-mm-aa) __ __ – __ __ – __ __

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

☐ Microfinanzas ☐ Pymes ☐ Convenios ☐ Vehicular GNV ☐ Preferente-LPD

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- **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: Microfinanzas, Pymes y Convenios: Desde USD 27 mil o S/ 90 mil. / Preferente-PLD y Vehicular GNV: Desde USD 35 mil o S/ 100 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer 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 con el 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 de resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
  1.Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.pe
  2.Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
  3.Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso 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.
  4.Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- 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 13 de la Resolución SBS 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular y al asegurado adicional, será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales

Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito	Apellido materno del firmante adicional al crédito

Nombre(s) del firmante adicional al crédito	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera | Agencia | Nombres y Apellidos del Funcionario | Correo electrónico del Funcionario

COD SBS Nº VI1787400002

01/2019 - PENTAGRAF

COPIA BANCO