PARA CRÉDITOS MAYORES A S/ 2,000

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-0008-001

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR - PLAN 2 (S70)

Fecha (dd-mm-aa) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐

Plan solicitado

☒ Plan 2 **(S70)**

Apellido paterno del Asegurado	Apellido materno del asegurado

Nombres del asegurado	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Crecer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones al asegurado, será el mismo que se ha declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-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 modifiquen las condiciones me asiste el derecho a resolver mi Solicitud-Certificado.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

El asegurado firma la presente solicitud-certificado que consta de 6 páginas.

Gerente General

Gerente Comercial

Firma del asegurado

Nombres y Apellidos del Vendedor

Agencia/Oficina

Código del Vendedor

Número de Crédito

COD SBS Nº VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF

COPIA COMPAÑÍA

PARA CRÉDITOS MAYORES A S/ 2,000

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-0008-001

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR - PLAN 2 (S70)

Fecha (dd-mm-aa) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐

Plan solicitado

☒ Plan 2 **(S70)**

Apellido paterno del Asegurado	Apellido materno del asegurado

Nombres del asegurado	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐ C.E.	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Emprendedor de Crecer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones al asegurado, será el mismo que se ha declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas con la Entidad Financiera.
- Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi Solicitud-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 modifiquen las condiciones me asiste el derecho a resolver mi Solicitud-Certificado.
- En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Crecer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera.

El asegurado firma la presente solicitud-certificado que consta de 6 páginas.

Gerente General

Gerente Comercial

Firma del asegurado

Nombres y Apellidos del Vendedor

Agencia/Oficina

Código del Vendedor

Número de Crédito

COD SBS Nº VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF

COPIA CLIENTE

SCS-0008

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-CERTIFICADO DE SEGURO CRECE EMPRENDEDOR - PLAN 2 (S70)

Póliza N° 0000000001

Certificado

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social	Banco Pichincha	**RUC**	20100105862
Dirección	Av. Ricardo Palma 278		
Distrito	Miraflores	**Provincia**	Lima
Departamento	Lima	**Teléfono**	612-2222 (Lima) 0-801-00222 (Provincias)

ASEGURADO

Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se han declarado para efectos de las operaciones activas o pasivas 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: 69 años y 364 días. Edad máxima de permanencia: 70 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.

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de vigencia: Fecha de emisión de la Solicitud-Certificado (desde el desembolso del crédito).
Fin de vigencia: Fecha en la que se cumple un año desde el inicio de vigencia, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia del seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.

EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)

Cobertura	Suma Asegurada (Beneficios)[1] PLAN 2
Muerte (natural o accidental)	**Servicio de sepelio[2]:** Se otorga el servicio de sepelio por fallecimiento natural o accidental del asegurado, que consiste en: • Trámites de sepelio. • Ataúd de madera. • Capilla ardiente. • Traslado, conducción e instalación del servicio. • Nicho o cremación en cualquier camposanto del país, hasta un límite de S/ 2,000. • Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.
Incapacidad total temporal (ITT) por accidente[3]	**Renta diaria hospitalaria[4] :** Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. • S/ 100 diarios. • Deducible: Primer día de hospitalización. • Máximo 120 días de hospitalización. **Renta mensual por descanso no hospitalario[5]:** Se pagará una renta mensual por cada treinta (30) días consecutivos de ITT por accidente debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo. • Rentas de S/ 300 cada una. • Carencia: 60 días. • Máximo tres (3) rentas mensuales consecutivas.

COD SBS N° VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF

[1] La compañía solo otorgará un beneficio por asegurado.
[2] El servicio de sepelio descrito se otorgará a través de la empresa especializada que Crecer Seguros indicará, hasta un límite de S/ 3 000. El nicho o cremación tiene, a su vez, un sub límite de S/ 2 000.
[3] La ITT por accidente consiste en lapérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del asegurado por accidente, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el asegurado para su recuperación. Es así que su certificado es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas, y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.
La cobertura de incapacidad total es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una invalidez total permanente, ésta se cubrirá solo durante el plazo máximo admitido por la cobertura.
[4] La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.
[5] La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de 30 días cumplidos y no por fracciones de mes.

Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El asegurado por la cobertura de incapacidad total temporal por accidente.
Beneficiario(s) adicional(es)	Los herederos legales del asegurado o tercero con interés legítimo, por la cobertura de muerte accidental y muerte natural.

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima Comercial: Es una prima única de pago anticipado que depende del plan elegido como se observa en la tabla adjunta:

	Prima comercial
PLAN 2	S/ 70.00

La prima comercial incluye:
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: No aplica
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: Quince por ciento de la prima comercial

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.

Lugar y forma de pago: A través del comercializador. El pago de la prima efectuado por el asegurado al Comercializador será considerado como pagado a Crecer Seguros.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**
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 implican 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 solo a la cobertura de incapacidad total).**

COD SBS N° VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

El asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Crecer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Crecer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso[6]:

	Muerte natural o accidental	**ITT por accidente**	
Documentos Obligatorios	**Servicio de sepelio**	**Renta diaria hospitalaria**	**Renta mensual por descanso no hospitalario**
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple).	✓[7]	✓	✓
Atestado Policial Completo (copia simple)		✓[8]	✓[8]
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico[3] (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial)		✓[8]	✓[8]
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique nombre completo de asegurado, periodo y motivo de hospitalización (original).		✓	✓
Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original).		✓	✓
Historia clínica (copia foliada) o Informe de evaluación médica (ESSALUD-Anexo N° 6) (original).		✓	✓

[6] Crecer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar información la adicional que considere necesaria para le evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

[7] En caso de no contar con el Documento Nacional de Identidad del asegurado (copia simple), se solicitará el Certificado de inscripción (Ficha Reniec) o Partida de defunción.

[8] Únicamente en caso de accidente de tránsito.

Crecer Seguros podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

Crecer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946

COD SBS N° VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de reclamos y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

Defensoría del Asegurado •Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima. •Página Web: www.defaseg.com.pe •Telefax: (01) 4210614	**SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP)** • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800	**Vía Judicial** En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley. **Vía Arbitral** Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

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

La Solicitud-Certificado puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 16 de las Condiciones Generales):

I. Causales de resolución:
   a) Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales. La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.
   b) Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; devolviéndosele al asegurado que ejercita este derecho la prima recibida sin intereses.
   c) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del asegurado a la revisión propuesta por Crecer Seguros debido a una declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales. La compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo trascurrido entre la propuesta de ajuste y la resolución del Certificado.
   d) Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 19 de estas Condiciones Generales. La Compañía tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro.
   e) Por ejercicio del derecho de resolución de la Solicitud-Certificado por modificaciones autorizadas por el contratante en la póliza.
   f) Por ejercicio por parte del asegurado, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse al asegurado titular, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas.

II. Causales de nulidad:
   a) Si el asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales.
   b) Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro; y existió declaración inexacta de la edad.
   c) En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con el Artículo N° 2 de la Ley del Contrato de Seguro.
   d) Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo N° 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

III. Causales de extinción:
   a) Por hacer uso de alguna de las coberturas, puesto que los beneficios son excluyentes.
   b) Por término de la vigencia pactada al inicio del contrato de seguro cuyo plazo se señala en las condiciones particulares, solicitud y certificado de seguro.
   c) Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales.
   d) Al cumplir el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.

COD SBS N° VI1788110004

02/2018 - 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

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- Crecer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro (Póliza) durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del Contratante, y de acuerdo a la autorización dada por el asegurado al firmar la solicitud de Seguro. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por el Contratante deberán ser comunicadas al asegurado con 30 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver la Solicitud-Certificado.
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 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

COD SBS N° VI1788110004

02/2018 - PENTAGRAF