



**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)**

Moneda Solicitada		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo				<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion				
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 90,000					
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								
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")  Ninguno       Menos de 5       Entre 5- 25       Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardiaca      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

\*: 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)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo					<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion			
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 90,000					
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								
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")  Ninguno       Menos de 5       Entre 5- 25       Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

\*: 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)				
Tipo de Seguro de Desgravamen solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen Saldo				<input type="checkbox"/> Seguro de Desgravamen con Devolucion				
Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")								
<input type="checkbox"/> Hipotecario Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Techo propio Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Vehicular Desde S/ 70,000	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV Desde S/ 70,000				
<input type="checkbox"/> Pyme Desde S/ 135,000	<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio Desde S/ 90,001	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Desde S/ 90,000	<input type="checkbox"/> Convenios Desde S/ 90,000					
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								
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")  Ninguno       Menos de 5       Entre 5- 25       Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

- Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días.
- He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
<input type="checkbox"/> Cáncer	Cáncer de Mama      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Colon      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Cáncer de Pulmón      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Insuficiencia Cardíaca      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Otro. Especifique:				
<input type="checkbox"/> Renal					
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Neurológicas					
<input type="checkbox"/> Psiquiátricas					
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias					
<input type="checkbox"/> SIDA					
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades					

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

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

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

Firma del declarante																					
Nombres y Apellidos																					
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>																				
Número	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del  
funcionario receptor

\_\_\_\_\_

Firma del funcionario  
receptor

\_\_\_\_\_

Correo electrónico del  
funcionario receptor

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

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

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

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

Firma del declarante																					
Nombres y Apellidos																					
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>																				
Número	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

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



Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

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

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

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633 situado en Av. Jorge Basadre N° 310, piso 2 – San Isidro, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para resguardar los datos personales declarados en el presente formulario (en adelante, Los Datos); los cuales serán tratados con el único propósito de conocer su condición de salud y posibles enfermedades preexistentes. Para llevar a cabo esta finalidad resulta necesario que proporcione la información requerida a través de la presente declaración, la cual será compartida con las reaseguradoras listadas en el enlace “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> que consta en nuestro portal Web. Los Datos serán conservados mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto haya brindado su consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que opte por revocarlo. Según corresponda, Los Datos serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Potenciales Clientes” de titularidad de Crecer Seguros, inscritos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales con los códigos N° 09285 y 09291, respectivamente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro.

Firma del declarante																					
Nombres y Apellidos																					
Documento	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>																				
Número	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

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