



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**

**PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: HIPOTECARIO, NUEVO MI VIVIENDA, TECHO PROPIO, VEHICULAR, PYME, PRÉSTAMO NEGOCIO, PRÉSTAMO PERSONAL, CONVENIOS, VEHICULAR GNV**

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

**Características del Seguro**

<b>DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR</b>												
<b>Nombre o Razón social</b>	BANCO PICHINCHA S.A.					<b>RUC</b>	20100105862					
<b>Dirección</b>	Av. Ricardo Palma 278 Lima - Lima - Miraflores											
<b>Distrito</b>	Miraflores				<b>Provincia</b>	Lima						
<b>Departamento</b>	Lima				<b>Teléfono</b>	(01) 612-2000						
<b>ASEGURADO</b>												
<p>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 o Persona Jurídica.</p>												
<b>CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO</b>												
Para los Créditos	Hipotecario	Nuevo Mi Vivienda	Techo Propio	Vehicular	Pyme	Préstamo Negocio	Préstamo Personal	Préstamo Personal Colaborador	Préstamo Personal Estudios	Convenios	Vehicular GNV	
Edad mínima de ingreso	18 años											
Edad máxima de ingreso	69 años y 364 días						70 años y 364 días					
Edad máxima de permanencia	79 años y 364 días				74 años y 364 días							
<b>MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)</b>												
<p>Cobertura de Muerte natural o muerte accidental del asegurado; invalidez total permanente (ITP) del asegurado por enfermedad o por accidente: 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\$ 1'000,000 o S/ 3'500,000.</p> <p>Cobertura de Supervivencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los créditos Vehicular, Vehicular GNV, Préstamo Personal Colaborador, Préstamo Personal, Préstamo Personal Estudios, Préstamo Negocio, Pyme y Convenios: Devolución del 10% de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV).</li> <li>• Para los créditos Hipotecario, Nuevo Mi Vivienda y Techo Propio: Devolución del 10% de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV).</li> </ul>												
<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>												
<p><b>Inicio de vigencia:</b> Fecha de desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.</p> <p><b>Fin de vigencia:</b> 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.</p>												
<b>EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) <sup>1</sup></b>												
Muerte natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.											
Muerte accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.											
Invalidez total permanente (ITP)	<p>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.</p> <p>Este seguro cubre la ITP causada por una <b>enfermedad</b> 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.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un <b>accidente</b> acaecido 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> </ol>											



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN SCS-0061-005**

	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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”.</p>
Sobrevivencia	<p>En caso el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia pactada en su Certificado, LA COMPAÑÍA pagará a favor del ASEGURADO titular el porcentaje de devolución de las primas pagadas, sin incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV), según la suma asegurada indicada en este documento. La cobertura aplicará siempre y cuando que no se haya pagado la cobertura de Invalidez Total Permanente, ni la cobertura de muerte.</p>

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

**PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)**

**Prima comercial:**

Tipo de crédito	Tasa prima mensual Asegurado Titular	Tasa prima mensual Asegurado Titular y adicional
Hipotecario	0.269%	0.538%
Nuevo Mi Vivienda	0.269%	0.538%
Techo Propio	0.269%	0.538%
Vehicular	0.21%	0.42%
Pyme	0.299%	0.598%
Préstamo Negocio	0.299%	0.598%
Préstamo Personal	0.346%	0.692%
Préstamo Personal Colaborador	0.346%	0.692%
Préstamo Personal Estudios	0.346%	0.692%
Convenios	0.416%	No aplica
Vehicular GNV	0.21%	0.42%
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: No Aplica		

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 Crecer 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
--------------	--



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN SCS-0061-005**

	fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos). Cobertura de Supervivencia: El Asegurado
--	--

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; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, torreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.
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).

**DERECHO DE RESCATE**

El asegurado podrá ejercer su derecho de rescate **por única vez**, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Debe haber transcurrido el período mínimo de vigencia de la póliza de seguros (el cual no podrá ser menor a 24 meses), y siempre y cuando las primas de dicho período hayan sido efectivamente pagadas por el Asegurado.
- Una vez que EL ASEGURADO haya activado el Derecho de Rescate, de manera automática se desactiva la cobertura de Supervivencia del Asegurado, permaneciendo vigentes y por la vigencia de la póliza, las coberturas de fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Accidente y Enfermedad.
- El porcentaje del derecho de rescate será definido en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y/o Solicitud Certificado de Seguro, según corresponda, y será calculado sobre las primas efectivamente pagadas por el Asegurado descontando los impuestos, en caso corresponda, hasta el momento de que se ejerza el derecho de rescate.
- **Por otro lado, en caso que la vigencia de la presente póliza culmine por cualquier causa antes de la fecha de fin de vigencia originalmente pactada, como por ejemplo: la cancelación anticipada y total del crédito, se producirá la culminación automática de la póliza de seguro, y además se activará automáticamente el derecho de rescate, por lo que dicha suma será pagada al ASEGURADO mediante transferencia bancaria u orden de pago, dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de culminación anticipada de la Póliza.**

**TABLAS DE DERECHO DE RESCATE**

Para Hipotecario, Nuevo Mi Vivienda y Techo Propio:

Fecha de Terminación de la Póliza / Plazo de Crédito	Para créditos con un plazo de 3 años	Para créditos con un plazo de 4 años	Para créditos con un plazo de 5 años	Para créditos con un plazo de 6 años	Para créditos con un plazo de 7 años	Para créditos con un plazo de 8 años	Para créditos con un plazo de 9 años	Para créditos con un plazo de 10 años	Para créditos con un plazo de 11 años	Para créditos con un plazo de 12 años	Para créditos con un plazo de 13 años	Para créditos con un plazo de 14 años	Para créditos con un plazo de 15 años	Para créditos con un plazo de 16 años	Para créditos con un plazo de 17 años	Para créditos con un plazo de 18 años	Para créditos con un plazo de 19 años	Para créditos con un plazo de 20 años
	Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV																	
Si cancela el crédito en el Año 3 (entre los meses 25 y 36)	10%	5%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN SCS-0061-005**

Si cancela el crédito en el Año 4 (entre los meses 37 y 48)	-	10%	5%	4%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Si cancela el crédito en el Año 5 (entre los meses 49 y 60)	-	-	10%	5%	5%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%
Si cancela el crédito en el Año 6 (entre los meses 61 y 72)	-	-	-	10%	6%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Si cancela el crédito en el Año 7 (entre los meses 73 y 84)	-	-	-	-	10%	6%	5%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%
Si cancela el crédito en el Año 8 (entre los meses 85 y 96)	-	-	-	-	-	10%	6%	5%	5%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%
Si cancela el crédito en el Año 9 (entre los meses 97 y 108)	-	-	-	-	-	-	10%	6%	5%	5%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Si cancela el crédito en el Año 10 (entre los meses 109 y 120)	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	5%	5%	5%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%
Si cancela el crédito en el Año 11 (entre los meses 121 y 132)	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	5%	5%	5%	4%	4%	4%	4%	4%	3%
Si cancela el crédito en el Año 12 (entre los meses 133 y 144)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%	4%	4%	4%	4%	4%
Si cancela el crédito en el Año 13 (entre los meses 145 y 156)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%	5%	4%	4%	4%
Si cancela el crédito en el Año 14 (entre los meses 157 y 168)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%	5%	4%	4%
Si cancela el crédito en el Año 15 (entre los meses 169 y 180)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%	5%	5%
Si cancela el crédito en el Año 16 (entre los meses 181 y 192)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%	5%
Si cancela el crédito en el Año 17 (entre los meses 193 y 204)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	5%	5%
Si cancela el crédito en el Año 18 (entre los meses 205 y 216)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%	6%
Si cancela el crédito en el Año 19 (entre los meses 217 y 228)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	6%	6%
Si cancela el crédito en el Año 20 (entre los meses 229 y 240)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%

**Para Pyme y Préstamo Negocio:**

Fecha de Terminación de la Póliza  Plazo de Crédito	Para créditos con un plazo de 3 años	Para créditos con un plazo de 4 años	Para créditos con un plazo de 5 años	Para créditos con un plazo de 6 años	Para créditos con un plazo de 7 años	Para créditos con un plazo de 8 años	Para créditos con un plazo de 9 años	Para créditos con un plazo de 10 años
	<b>Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGV</b>							
Si cancela el crédito en el Año 3 (entre los meses 25 y 36)	10%	5%	4%	3%	3%	2%	2%	2%
Si cancela el crédito en el Año 4 (entre los meses 37 y 48)	-	10%	5%	4%	4%	3%	3%	2%
Si cancela el crédito en el Año 5 (entre los meses 49 y 60)	-	-	10%	5%	5%	4%	3%	3%
Si cancela el crédito en el Año 6 (entre los meses 61 y 72)	-	-	-	10%	6%	5%	4%	4%



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN SCS-0061-005**

Si cancela el crédito en el Año 7 (entre los meses 73 y 84)	-	-	-	-	10%	6%	5%	4%
Si cancela el crédito en el Año 8 (entre los meses 85 y 96)	-	-	-	-	-	10%	6%	5%
Si cancela el crédito en el Año 9 (entre los meses 97 y 108)	-	-	-	-	-	-	10%	6%
Si cancela el crédito en el Año 10 (entre los meses 109 y 120)	-	-	-	-	-	-	-	10%

**Para Vehicular y Vehicular GNV**

Fecha de Terminación de la Póliza Plazo de Crédito	Para créditos con un plazo de 3 años	Para créditos con un plazo de 4 años	Para créditos con un plazo de 5 años
	Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGTV		
Si cancela el crédito en el Año 3 (entre los meses 25 y 36)	10%	5%	4%
Si cancela el crédito en el Año 4 (entre los meses 37 y 48)	-	10%	5%
Si cancela el crédito en el Año 5 (entre los meses 49 y 60)	-	-	10%

**Para Préstamo Personal Estudios, Préstamo Personal Colaborador y Préstamo Personal**

Fecha de Terminación de la Póliza Plazo de Crédito	Para créditos con un plazo de 3 años	Para créditos con un plazo de 4 años	Para créditos con un plazo de 5 años
	Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGTV		
Si cancela el crédito en el Año 3 (entre los meses 25 y 36)	10%	5%	4%
Si cancela el crédito en el Año 4 (entre los meses 37 y 48)	-	10%	5%
Si cancela el crédito en el Año 5 (entre los meses 49 y 60)	-	-	10%

**Para Convenios y Convenios FFAA:**

Fecha de Terminación de la Póliza Plazo de Crédito	Para créditos con un plazo de 3 años	Para créditos con un plazo de 4 años	Para créditos con un plazo de 5 años	Para créditos con un plazo de 6 años	Para créditos con un plazo de 7 años	Para créditos con un plazo de 8 años	Para créditos con un plazo de 9 años	Para créditos con un plazo de 10 años
	Porcentaje aplicable a las primas pagadas netas de IGTV							
Si cancela el crédito en el Año 3 (entre los meses 25 y 36)	10.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Si cancela el crédito en el Año 4 (entre los meses 37 y 48)	-	10.0%	5.0%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%
Si cancela el crédito en el Año 5 (entre los meses 49 y 60)	-	-	10.0%	5.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%
Si cancela el crédito en el Año 6 (entre los meses 61 y 72)	-	-	-	10.0%	6.0%	5.0%	4.0%	4.0%
Si cancela el crédito en el Año 7 (entre los meses 73 y 84)	-	-	-	-	10.0%	6.0%	5.0%	4.0%
Si cancela el crédito en el Año 8 (entre los meses 85 y 96)	-	-	-	-	-	10.0%	6.0%	5.0%
Si cancela el crédito en el Año 9 (entre los meses 97 y 108)	-	-	-	-	-	-	10.0%	6.0%
Si cancela el crédito en el Año 10 (entre los meses 109 y 120)	-	-	-	-	-	-	-	10.0%

**En los casos en que no corresponde la devolución automática, para el ejercicio del derecho de rescate, el ASEGURADO deberá enviar su solicitud a través de correo electrónico (*insertar correo*) o de manera presencial en las oficinas de la COMPAÑÍA, debiendo para ello, presentar copia simple de su documento de identidad y un documento (original o copia simple) que acredite no tener deuda pendiente con la Entidad Financiera o Persona Jurídica (Beneficiario) señalada en su Certificado de Seguro. LA COMPAÑÍA dará respuesta al ASEGURADO en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud.**



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha			
<b>Para los tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)</b>						
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Estudios	<input type="checkbox"/> Vehicular	<input type="checkbox"/> Pyme	<input type="checkbox"/> Techo propio	
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Colaborador	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV		
Apellido paterno del solicitante			Apellido materno del solicitante			
Nombre(s) del solicitante			Tipo de documento		N° documento	
			<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.			

**DECLARACION Y AUTORIZACIONES**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer 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 con Devolución de Crecer 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, Nuevo Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 40 mil o S/ 135 mil. / Vehicular: Desde USD 21 mil o S/ 70 mil, Préstamo Personal, Vehicular GNV y Convenios: Desde USD 27 mil o S/90 mil, Préstamo Negocio desde US\$ 27 mil o S/ 90,001 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 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 Crecer 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, Crecer 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.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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.



**PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Centros de contacto telefónico   | Atención médica          |
| Notariales                       | Telecomunicaciones       |
| Mensajería                       | Consultoría legal        |
| Seguridad                        | Asistencia               |
| Archivo y custodia de documentos | Plataformas tecnológicas |
| Auditoría y consultoría          | Procesamiento de datos   |

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, 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 hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás 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 o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> de su portal Web.

SI  NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI  NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

<sup>3</sup> EMPRESA DIRECCIÓN  
 Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
 Diners Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
 Carsa Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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				
										<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.								

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

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



SCS-0061-005

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**

<b>Moneda solicitada</b>		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	<b>Fecha</b>				
<b>Para los tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)</b>								
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Estudios	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Colaborador	<input type="checkbox"/> Vehicular	<input type="checkbox"/> Pyme	<input type="checkbox"/> Techo propio		
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Colaborador	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV				
<b>Apellido paterno del solicitante</b>				<b>Apellido materno del solicitante</b>				
<b>Nombre(s) del solicitante</b>				<b>Tipo de documento</b>		<b>N° documento</b>		
				<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.				

**DECLARACION Y AUTORIZACIONES**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer 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 con Devolución de Crecer 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, Nuevo Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 40 mil o S/ 135 mil. / Vehicular: Desde USD 21 mil o S/ 70 mil, Préstamo Personal, Vehicular GNV y Convenios: Desde USD 27 mil o S/90 mil, Préstamo Negocio desde US\$ 27 mil o S/ 90,001 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 a resolver el mismo.**
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer 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, Crecer 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.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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 CON DEVOLUCIÓN**

**PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Centros de contacto telefónico   | Atención médica          |
| Notariales                       | Telecomunicaciones       |
| Mensajería                       | Consultoría legal        |
| Seguridad                        | Asistencia               |
| Archivo y custodia de documentos | Plataformas tecnológicas |
| Auditoría y consultoría          | Procesamiento de datos   |

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, 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 hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás 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 o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> de su portal Web.

SI

NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

<sup>3</sup> EMPRESA DIRECCIÓN  
 Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
 Diners Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
 Carsa Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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					
										<input type="checkbox"/> D.N.I.		<input type="checkbox"/> C.E.								

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos  
del Funcionario

Correo electrónico del  
Funcionario



SCS-0061-005

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**

<b>Moneda solicitada</b>		<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	<b>Fecha</b>					
<b>Para los tipos de créditos (marcar con una "X" el solicitado por el asegurado)</b>									
<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Nuevo Mi Vivienda	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Estudios	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Colaborador	<input type="checkbox"/> Vehicular	<input type="checkbox"/> Pyme	<input type="checkbox"/> Techo propio			
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal Colaborador	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV					
<b>Apellido paterno del solicitante</b>					<b>Apellido materno del solicitante</b>				
<b>Nombre(s) del solicitante</b>					<b>Tipo de documento</b>		<b>N° documento</b>		
					<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.				

**DECLARACION Y AUTORIZACIONES**

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen con Devolución de Crecer 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 con Devolución de Crecer 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, Nuevo Mi Vivienda y Techo Propio: Desde USD 40 mil o S/ 135 mil. / Vehicular: Desde USD 21 mil o S/ 70 mil, Préstamo Personal, Vehicular GNV y Convenios: Desde USD 27 mil o S/90 mil, Préstamo Negocio desde US\$ 27 mil o S/ 90,001 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 a resolver el mismo.**
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer 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, Crecer 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:  
 (iv) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,  
 (v) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o  
 (vi) 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.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe) y seguir lo siguientes paso:  
 3) 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.  
 4) 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@creceseguros.pe](mailto:gestionalcliente@creceseguros.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 CON DEVOLUCIÓN**

**PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)**

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Centros de contacto telefónico   | Atención médica          |
| Notariales                       | Telecomunicaciones       |
| Mensajería                       | Consultoría legal        |
| Seguridad                        | Asistencia               |
| Archivo y custodia de documentos | Plataformas tecnológicas |
| Auditoría y consultoría          | Procesamiento de datos   |

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, 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 hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás 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 o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> de su portal Web.

SI

NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

<sup>1</sup> <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

<sup>3</sup> EMPRESA DIRECCIÓN  
 Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
 Diners Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro  
 Carsa Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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					
										<input type="checkbox"/> D.N.I.		<input type="checkbox"/> C.E.								

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos  
del Funcionario

Correo electrónico del  
Funcionario