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 DE DESGRAVAMEN SALDO

## Código SBS N° VI1787400001 / Póliza N° 0000000029 / Certificado N°:_____

**PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: CREDIALTOQUE**

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** | (01) 612-2222 (Lima) ó 0-801-00222 (Provincias) |

**ASEGURADO**

Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.

**CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO**

Para los créditos: CREDIALTOQUE.
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años.
Edad máxima de ingreso al seguro: 74 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia: 79 años y 364 días.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

**Inicio de vigencia:** Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.
**Fin de vigencia:** El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro, o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.

**EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)** [1]

| | |
|---|---|
| Muerte Natural | Fallecimiento de un asegurado por causas naturales. |
| Muerte Accidental | Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales. |
| Invalidez total permanente (ITP) | La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.<br>Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.<br>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza que implique:<br>1. Fractura incurable de la columna vertebral.<br>2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.<br>3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.<br>4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.<br>5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.<br>6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.<br>7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.<br>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).<br>La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria “Aplicación |



COPIA CLIENTE

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

| | |
|---|---|
| | Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF". |

[1] Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

**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.

## MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

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.

## BENEFICIARIOS

| | |
|---|---|
| Beneficiario | La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos). |
| Beneficiario(s) adicional(es) | Ninguno. |

## CLÁUSULAS ADICIONALES

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento. En ese sentido, el Asegurado:

☐ Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento y reconoce que ésta(s) representa(n) un costo adicional señalado en el Precio del Seguro (Prima) detallado este documento.

☒ No Acepta contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento.

En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales, que aplicarán, siempre y cuando, el ASEGURADO las haya aceptado:

| Cobertura Adicional | Descripción | Suma asegurada y condiciones |
|---|---|---|
| No aplica | No aplica | No aplica |

## PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

**Prima comercial (estándar):**

**Prima por coberturas principales**

| CRÉDITO | Tasa Prima Mensual | |
|---|---|---|
| | Asegurado Titular | Asegurado Titular y adicional |
| CREDIALTOQUE | 0.35% | No aplica |

**En caso el ASEGURADO acepte la contratación de cláusulas adicionales:** No aplica.

Según la condición de salud específica del asegurado (titular o adicional), la prima comercial que le corresponde podría ser diferente al estándar indicado.

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.

La prima comercial se encuentra en el cronograma de pagos del crédito, separada y sumada a la cuota del préstamo. No incluye TCEA.

**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 promotores de seguros: No aplica.
- Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: No aplica.

**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.

## 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**

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

**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 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 invalidez total permanente).**

**Exclusiones de las coberturas adicionales:**

**La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos:** No aplica.

## ¿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, por carta física o a través de nuestra página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

## ¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

**En caso de siniestro, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente. Para estos efectos, 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.**

**El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.**

**Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios2 requeridos para solicitar el pago del siniestro:**

| Documentos Obligatorios | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|---|---|---|---|---|
| Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio. | X | X | | |
| Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). | X | X | | |
| Certificado de Necropsia[3] (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio | | X | | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal. | | | | |
| Protocolo de Necropsia[3] (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal. | | X | | |
| Atestado Policial completo[3] (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia. | | X | | X |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico[3] (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico. | | X | | X |
| Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o certificación de reproducción notarial. | | | X | X |
| Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (para créditos mayores a S/.100,000 o USD 35,000). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado. | X | | X | X |
| Monto original y Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple). | X | X | X | X |

[2] Crecer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos 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.

[3] Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el ASEGURADO las haya aceptado, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada: No aplica.

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.

## 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. Los pagos efectuados al comercializador por el asegurado o terceros encargados del pago se consideran abonados a Crecer Seguros en la fecha de realización del pago.
- 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. En tal sentido, Crecer Seguros pone a disposición la copia de su Póliza en su página web www.crecerseguros.pe.

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

## CLÁUSULAS DE 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"[1] 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[2]; 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

I. 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" de su portal Web.

SI ☐ NO ☐

II. 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 económico3, 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.

1 https://www.crecerseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf

2 **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183º.- 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

3

| 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 |

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 DE DESGRAVAMEN SALDO

| Moneda solicitada | ☒ Soles ☐ dólares | | Fecha | |
|---|---|---|---|---|
| Tipo de crédito solicitado (marcar con una "X") | | | | |
| ☒ CREDIALTOQUE | | | | |
| Apellido paterno del solicitante | | Apellido materno del solicitante | | |
| | | | | |
| Nombre(s) del solicitante | | Tipo de documento | N° documento | |
| | | | | |
| Monto solicitado | | | | |
| | | | | |

### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Saldo de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración inexacta o reticente 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 de más de S/.70,000.
- 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 solicitud- 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 serán los mismos consignados 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, otorgo mi consentimiento para que, en caso LA COMPAÑÍA decida su utilización, la Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio, del uso de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

  1. La Solicitud- Certificado podrá ser enviado bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.crecerseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
  2. La integridad y autenticidad de la Solicitud- Certificado se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
  3. Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente.
  4. Entiendo que el uso indebido de la clave de mi correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

  Consideraciones básicas:

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

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@crecerseguros.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 de la Solicitud-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.

| 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** |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Firma del solicitante** | | **Firma del firmante adicional del crédito** | |

**Nombres y Apellidos del Vendedor** **Correo electrónico del Vendedor**



COPIA CLIENTE