

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL - PLAN 2
CÓDIGO SBS N° VI1788100024
Póliza N°0000000011 / Certificado N°

DATOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros		RUC: 20600098633	
Domicilio: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.		Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440	
Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL COMERCIALIZADOR	
Nombre o Razón social: Banco Pichincha		Nombre o Razón social: Banco Pichincha	
Documento de identidad o RUC: 20600098633		Documento de identidad o RUC: 20600098633	
Domicilio: Av. Ricardo Palma 278, Miraflores		Domicilio: Av. Ricardo Palma 278, Miraflores	
Teléfono: 612-2222 (Lima) 0-801-00222 (Provincias)		Teléfono: 612-2222 (Lima) 0-801-00222 (Provincias)	
DATOS DEL CORREDOR			
Denominación Social	No aplica	Registro Oficial	-
Dirección	No aplica	Teléfono	-
		Comisión	-
DATOS DEL SEGURO			
Inicio de vigencia	Desde: La aceptación y suscripción del seguro, junto con el desembolso del crédito de microfinanzas.		
Fin de vigencia	Hasta: 1 año desde la suscripción o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.		
PRIMA			
Prima Comercial	S/ 80.00	Frecuencia de pago: Prima única adelantada	
Prima Comercial + IGV	S/ 80.00	Lugar y forma de pago: A través del comercializador	
La prima comercial incluye: Cargos por la intermediación de corredores de seguros: 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: 22.57% de la prima neta.			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL MICROSEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días Edad máxima de permanencia: 70 años y 364 días (*)		(*) Si se supera las edades máximas de ingreso y permanencia al seguro, se podrá igualmente solicitar un seguro de este ramo. En dicho caso, LA COMPAÑIA efectuará la evaluación del riesgo particular y la tarificación de la prima a pagar.	
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones	
Indemnización por Sepelio	La Suma Asegurada indicada por esta cobertura, será otorgada a los Beneficiarios, después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado por causa natural o accidental.	Suma Asegurada: S/ 1,000 Deducible: No aplica Periodo de Carencia: No aplica	
COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO			
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del microseguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:			
Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones	
Renta de hospitalización por enfermedad	La presente cobertura indemnizará al Beneficiario, como máximo un capital equivalente a la Suma Asegurada, como consecuencia de una enfermedad que haga necesaria la hospitalización del Asegurado por un periodo superior a las 48 horas de forma continua e ininterrumpida. LA COMPAÑIA pagará el importe de S/. 170 (ciento setenta y 00/100 Soles) diarios por cada día de hospitalización hasta un máximo de 120 días de hospitalización al año y por el tope indicado en la Suma Asegurada.	Suma asegurada: S/170 diarios Deducible: 1 día Periodo de Carencia: 30 días Beneficiario: El asegurado	
Renta de hospitalización por accidente	La presente cobertura indemnizará al Beneficiario, como máximo un capital equivalente a la Suma Asegurada, como consecuencia de un accidente que haga necesaria la hospitalización del Asegurado por un periodo superior a las 48 horas de forma continua e ininterrumpida. LA COMPAÑIA pagará el importe de S/. 170 (ciento setenta y 00/100 Soles) diarios por cada día de hospitalización hasta un máximo de 120 días de hospitalización al año y por el tope indicado en la Suma Asegurada. Cuando el ASEGURADO sea hospitalizado como consecuencia de un accidente, el internamiento en un Establecimiento Hospitalario* debe realizarse hasta máximo dentro de 7 días de ocurrido el accidente.	Suma asegurada: S/170 diarios Deducible: 1 día Periodo de Carencia: No aplica Beneficiario: El asegurado	

	*Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.	
Retiro Protegido	<p>La presente cobertura consiste que en caso el ASEGURADO sea víctima de robo* de un importe de dinero, como consecuencia de su primer retiro en efectivo en cualquier ventanilla del CONTRATANTE, producto del desembolso de su crédito MICROFINANZAS, la COMPAÑÍA procederá al reembolso de dicha suma, siempre y cuando el hecho (robo) se haya producido dentro de las tres (03) horas siguientes contadas desde la hora en que se efectuó el retiro del dinero por ventanilla. La compañía reembolsará al ASEGURADO el monto de dinero robado hasta el límite descrito en la suma asegurada detallada.</p> <p>*Robo: Aquel delito tipificado en los artículos 188 y 189 del Código Penal y que consiste en el apoderamiento ilegítimo de un bien mueble total o parcialmente ajeno, para aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, empleando violencia contra la persona o amenazándola con un peligro inminente para su vida o integridad física.</p>	<p>Suma asegurada: Hasta S/24,000 Deducible: No aplica Periodo de Carencia: No aplica Beneficiario: El asegurado</p>
Asistencia	Descripción	Eventos
Para solicitar el servicio de asistencias o para más información sobre nuestras clínicas o proveedores afiliados, comuníquese a la Central de Asistencias al teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4.		
Ambulancia en caso de emergencia	Envío de ambulancia para estabilización del paciente y traslado a centro médico. Sujeto a disponibilidad de cobertura por zonas. Se brinda el servicio hasta por un límite de S/ 250 por evento.	Hasta 3 eventos al año
Derivación a la sala de emergencia	Derivación del asegurado a la sala de emergencia después del traslado al centro médico.	Hasta 3 eventos al año
Atención y diagnóstico por médico de sala de emergencia	Diagnóstico y estabilización del paciente en la sala de emergencia de las clínicas afiliadas. Se incluirán los exámenes de laboratorio (hemograma completo, glucómetro, orina), imágenes (radiografías y ecografías), medicamentos y material médico (para brindar la atención en la sala de emergencias) y el material de sutura, yeso o férula. Se cubrirá el costo de la sala de emergencias hasta la estabilización del paciente.	Hasta 3 eventos al año
Aló doctor, orientación médica telefónica	Orientación médica telefónica para consultas de medicina general o de patologías menores.	Sin límite
Médico a domicilio	Envío de un médico general para evaluación y diagnóstico del paciente en su domicilio, sujeto a disponibilidad de cobertura por zonas. Costo del servicio: S/ 30.00 por evento.	Sin límite
Chequeo preventivo	Coordinación de chequeo preventivo en centros médicos afiliados para el asegurado titular y su cónyuge. Se brinda el servicio hasta por un límite de S/ 350 para el titular y cónyuge.	1 evento al año
Orientación médica telefónica en pediatría	Orientación médica telefónica o virtual (videollamada) que podrá responder inquietudes relacionadas con enfermedades, dolencias, síntomas, primeros auxilios, malestares, imprevistos de salud, uso de medicamentos y atenciones médicas primarias en general de la especialidad de Pediatría. Este servicio no es adecuado para ser usado en situaciones de emergencia o donde corra peligro la vida del niño. Debido al carácter no presencial del servicio y a la imposibilidad de tener contacto directo con el paciente, es posible que el profesional de la salud no esté en capacidad de emitir un diagnóstico o prescripción médica.	Hasta 3 eventos al año
Descuentos en medicamentos en red de farmacias	El asegurado deberá comunicarse a la central de asistencia y se coordinará y validará el porcentaje de descuento que aplica de acuerdo con el medicamento y su disponibilidad. El descuento será de hasta de un 20% en la compra de dichos medicamentos. El costo de los medicamentos será asumido por el Asegurado.	Hasta 3 eventos al año

<p>Prueba rápida Covid19 a domicilio</p>	<p>Para el uso de esta asistencia deberá haber pasado 30 días desde la contratación de este microseguro. En caso el asegurado requiera realizarse una prueba rápida de descartar por contar con síntomas de Covid-19, deberá comunicarse a la central de asistencias para el envío a su domicilio de un profesional entrenado para para realizar la prueba siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. Toda solicitud de realización de prueba rápida de Covid-19 deberá tener la autorización previa del médico que realiza el triaje telefónico previo a través de la Central de Asistencia, quién determinará si es necesario o no realizar la prueba rápida. Costo del servicio: S/35 por evento.</p>	<p>1 evento al año</p>
---	---	-------------------------------

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

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

LA COMPANIA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación de este microseguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, delictivos o criminales.
4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, delictivos o criminales.
5. Práctica de actividades temerarias o peligrosas, como por ejemplo: deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza, entre otros.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.

Exclusiones para la cobertura de Retiro Protegido:

- a. Robo de cualquier objeto distinto al bien asegurado, sea de valor o no.
- b. Cuando el ASEGURADO sea víctima de hurto.
- c. Los siniestros que se hayan producido fuera del rango horario descrito en la cobertura.
- d. Cuando el dinero se hallaba en el interior del vehículo del ASEGURADO y éste no se encontraba dentro de él y el robo se produce al vehículo trayendo como consecuencia el robo del dinero.
- e. Cuando en cualquier forma de Robo, participe directa o indirectamente, en calidad de autor, cómplice o encubridor: El propio ASEGURADO; y/o, b) Cualquier pariente del ASEGURADO, hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad; y/o, c) El o la cónyuge o conviviente del ASEGURADO.
- f. Toda conducta ilícita o pérdida cometida fuera de los límites de la República del Perú.
- g. Cuando el Robo haya sido ocasionado con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza de Seguro.
- h. Cuando el Robo sea ejecutado al amparo de situaciones creadas por: a) Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo u otra convulsión de la naturaleza; b) Guerra internacional, civil o actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, sedición, usurpación y retención ilegal de mando; o c) Asonada, motín o conmoción civil o popular, huelga, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de labores y movimientos subversivos.
- i. Los perjuicios que estén cubiertos por otra Compañía de Seguros con la cual se haya contratado también una cobertura de retiro protegido de ventanillas o similar, salvo que el monto a indemnizar por el siniestro sea insuficiente, en cuyo caso LA COMPANIA (en caso le corresponda) asumirá la cobertura por el importe diferencial

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO o un tercero, deberá informar a LA COMPANIA 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE, prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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

Para solicitar la cobertura correspondiente a Indemnización por Sepelio, EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPANIA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

Documentos ¹	Indemnización por sepelio
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple) en tanto sea posible su obtención.	<input checked="" type="checkbox"/>
Partida o Acta de Defunción (copia certificada de RENIEC) o certificación de reproducción notarial. En caso, de documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.	<input checked="" type="checkbox"/>

¹ Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada:

Documentos ¹	Hospitalización por enfermedad	Hospitalización por accidente	Retiro Protegido
Boleta o factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del ASEGURADO y periodo de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Informe médico de la institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico y diagnósticos o causas relacionadas. (original).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Informe policial completo o carpeta fiscal, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple).		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dosaje Étílico y Estudio Químico Toxicológico, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial o en el Protocolo de necropsia).		<input checked="" type="checkbox"/>	
Copia Certificada de la Denuncia Policial interpuesta dentro de las dos horas de ocurrido el siniestro, debe figurar la dirección y hora exacta del siniestro.			<input checked="" type="checkbox"/>
Voucher de retiro otorgado por el Contratante, donde figure fecha, hora, monto y lugar del retiro.			<input checked="" type="checkbox"/>

¹ Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El pago será efectuado a LOS BENEFICIARIOS, designados en la Solicitud-Certificado. Cuando corresponda, si EL ASEGURADO no ha designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

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

a) Causales de resolución

La póliza o Solicitud-Certificado, según corresponda, se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO:

- Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 8 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.
- Por presentar una solicitud cobertura de siniestro fraudulenta. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o al BENEFICIARIO, su decisión de resolver la misma en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios, computados desde la fecha en que se toma conocimiento del carácter fraudulento de la solicitud de cobertura. La resolución procederá con el aviso a EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulenta.
- Por decisión unilateral de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y sin expresión de causa, la cual puede ser presentada mediante los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días a la COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado de Microseguro.

b) Causales de extinción

La Solicitud-Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

- Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas.
- Al cumplir, EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado; salvo que existan otros asegurados que se encuentren dentro de dicha edad máxima de permanencia, en cuyo caso la Solicitud-Certificado se mantendrá vigente respecto de estos últimos.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente Solicitud-Certificado (excepto el supuesto b.1 anterior en que se evaluará la cobertura del siniestro ocurrido), ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

c) Causales de nulidad

La póliza o la Solicitud-Certificado, según corresponda, serán nulas desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

- Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.

2. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Microseguro.
3. Si al momento de contratar el microseguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
4. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPANÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. LA COMPANÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad, LA COMPANÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de quince (15) días desde que se declaró la nulidad. Excepto cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso LA COMPANÍA retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de microseguro, a título indemnizatorio, perdiendo cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

La nulidad de la Solicitud-Certificado será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores a distancia y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL Asegurado podrá resolverla solicitud- certificado, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la solicitud- certificado, debiendo LA COMPANÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud.

Para tal fin, EL ASEGURADO que quiera hacer uso de este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPANÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPANÍA 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 la solicitud.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPANÍA 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 presente la Solicitud- Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio 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 enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podrá 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.creceseguros.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. 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:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. LA COMPANÍA 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 póliza 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 COMPANÍA. Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

MODIFICACIÓN A LA PÓLIZA

Durante la vigencia del contrato, LA COMPANÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por LA COMPANÍA y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por medio de los mecanismos de comunicación pactados. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

LA COMPANÍA deberá proporcionar la información suficiente a EL CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de LOS ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.

- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
- Las consultas, quejas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono, correo electrónico, carta física o a través de página Web, Creceer Seguros dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción. Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de consultas, quejas o reclamos son:

CRECEER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@creceerseguros.pe
- Página web: www.creceerseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440
- Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, INDECOPI o a la Vía Judicial.

<p>Defensoría del Asegurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: 01-4210614 	<p>Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS - Atiende consulta y denuncias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<p>INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	<p>Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p>

- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL-PLAN 2

DATOS DEL ASEGURADO / SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Teléfono			Correo electrónico	
Dirección				

BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES

Aplica para las coberturas principales y/o adicionales, en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.

BENEFICIARIOS DE ASEGURADO

Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento (*)	Relación con el Asegurado	Porcentaje

(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

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

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

1. Declaración respecto al uso de los datos personales

El Asegurado declara tener conocimiento que, con la suscripción del presente documento, acepta que:

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

El Asegurado reconoce que el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en este punto, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados. La Compañía se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. Consentimiento al Tratamiento de Datos Personales

El Asegurado autoriza en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de sus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarle o hacerle identificable por cualquier medio, así como a sus datos sensibles (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑÍA podrá:

- (i) Ofrecerle todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de LOS DATOS fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarle publicidad, comunicaciones e información relacionada a los asuntos antes mencionados, a través de sus diferentes canales; compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su grupo económico, proveedores y aliados estratégicos cuya relación se encuentra a su disposición en la página web www.creceseguros.pe, así como, con sus socios comerciales, con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros.

En caso, EL ASEGURADO no brinde y/o autorice el tratamiento de sus datos, la Compañía se encontrará impedido de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta, tal como se encuentra establecido en el numeral 1. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de la Compañía bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. El Asegurado podrá revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberá acercarse a nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310 piso 2 – San Isidro y llenar el formulario respectivo; pudiendo a su vez ingresar su solicitud a través de nuestra página web www.creceseguros.pe. Para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía, puede ingresar a la página web www.creceseguros.pe.

No obstante haber suscrito el presente documento, en caso el Asegurado no desee brindar el consentimiento para el tratamiento de LOS DATOS para las finalidades establecidas en el presente numeral, deberá marcar el siguiente recuadro:

No brindo mi consentimiento

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 6 páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

Firma del Solicitante


Gerente General


Gerente Comercial



SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL-PLAN 2

DATOS DEL ASEGURADO / SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Teléfono			Correo electrónico	
Dirección				

BENEFICIARIO(S) DE COBERTURAS PRINCIPALES

Aplica para las coberturas principales y/o adicionales, en las que se otorgue la suma asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.

BENEFICIARIOS DE ASEGURADO

Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento (*)	Relación con el Asegurado	Porcentaje

(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados interdictos, según corresponda.

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

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

3. Declaración respecto al uso de los datos personales

El Asegurado declara tener conocimiento que, con la suscripción del presente documento, acepta que:

(iii) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de La Compañía, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, evaluación y pago de siniestros, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y

(iv) Para la evaluación y gestión mencionada en el párrafo anterior, sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras nacionales y/o internacionales con las que opera la Compañía, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

El Asegurado reconoce que el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en este punto, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados. La Compañía se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

4. Consentimiento al Tratamiento de Datos Personales

El Asegurado autoriza en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de sus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarle o hacerle identificable por cualquier medio, así como a sus datos sensibles (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑIA podrá:

(ii) Ofrecerle todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de LOS DATOS fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarle publicidad, comunicaciones e información relacionada a los asuntos antes mencionados, a través de sus diferentes canales; compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su grupo económico, proveedores y aliados estratégicos cuya relación se encuentra a su disposición en la página web www.creceseguros.pe, así como, con sus socios comerciales, con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros.

En caso, EL ASEGURADO no brinde y/o autorice el tratamiento de sus datos, la Compañía se encontrará impedido de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta, tal como se encuentra establecido en el numeral 1. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de la Compañía bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. El Asegurado podrá revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberá acercarse a nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre 310 piso 2 – San Isidro y llenar el formulario respectivo; pudiendo a su vez ingresar su solicitud a través de nuestra página web www.creceseguros.pe. Para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía, puede ingresar a la página web www.creceseguros.pe.

No obstante haber suscrito el presente documento, en caso el Asegurado no desee brindar el consentimiento para el tratamiento de LOS DATOS para las finalidades establecidas en el presente numeral, deberá marcar el siguiente recuadro:

No brindo mi consentimiento

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del microseguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe. En virtud de ello, solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 6 páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

Firma del Solicitante


Gerente General


Gerente Comercial