

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO PLAN PROTECCIÓN ACCESO

COD. SBS AE178610027

Póliza N° 0000000048 / N° de Solicitud - Certificado: _____

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Crecer 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 / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social	EMPRESA DE CRÉDITOS ACCESO CREDITICIO SOCIEDAD ANÓNIMA	RUC	20438563084
Dirección	Av. Enrique Canaval y Moreyra Nro. 452 Dpto. 11	Distrito	San Isidro
Departamento	Lima	Provincia	Lima
		Teléfono	(01)605-5555

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL MICROSEGURO
Edad mínima de ingreso al microseguro: 18 años.
Edad máxima de ingreso al microseguro: 64 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia: 69 años y 364 días.

VIGENCIA DEL MICROSEGURO
Inicio de Vigencia: Desde la fecha de contratación del seguro a través del Comercializador.
Fin de Vigencia: En la fecha de término del plazo en meses del crédito asociado otorgado por el Comercializador. En caso el Asegurado culmine de pagar el crédito asociado a este seguro en un menor tiempo del plazo contratado, el microseguro se mantendrá vigente durante todo el plazo inicial por el cual contrató el crédito asociado. No incluye reprogramaciones.

COBERTURA DEL MICROSEGURO:
COBERTURAS PRINCIPALES DEL MICROSEGURO

Cobertura	Descripción	Condiciones y Suma Asegurada
Muerte Accidental	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro de 90 días contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente.	Suma asegurada: S/.800 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE
Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera accidente, el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilepticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

COBERTURAS ADICIONALES DEL MICROSEGURO		
Cobertura	Descripción	Condiciones y Suma Asegurada
Incapacidad Total Temporal (ITT)	Definición: Incapacidad Total Temporal (ITT): Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del ASEGURADO ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impida ejecutar las tareas propias de su profesión, oficio o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud autorizado, como parte del tratamiento que recibe el Asegurado para su recuperación. Es así como su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que, si el Asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación. Descripción de la Cobertura: En caso de ITT por enfermedad o accidente del Asegurado (en adelante, ITT), LA COMPAÑÍA indemnizará hasta la suma asegurada y solo por la cantidad de eventos indicados en las Condiciones Particulares y en este documento.	Suma asegurada: Hasta 3 cuotas del crédito asociado, con un tope máximo (límite) de S/.2,000 por cada cuota. Periodo de carencia: 30 días Deducible: No aplica Eventos: Mínimo de días de descanso médico: - Para el pago de primera cuota debe alcanzar 15 días consecutivos de incapacidad temporal. - Para el pago de la segunda cuota debe presentar 30 días consecutivos y adicionales de incapacidad temporal (total 45 días). - Para el pago de la tercera cuota debe presentar 30 días consecutivos y

	<p>Además, para poder aplicar esta cobertura, el descanso médico debe ser en todos los casos ininterrumpido. LA COMPAÑÍA indemnizará por cada día de descanso médico, desde la fecha de otorgamiento de este, para el conteo de días de ITT, se consideran los días de hospitalización, en caso corresponda. De igual forma, para poder aplicar la cobertura se requiere contar con un descanso médico superior a los días señalados en las Condiciones Particulares y en este documento.</p> <p>Para aquellos casos, en los que, durante la vigencia de este microseguro, se cubran varios eventos de ITT, se deberá cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para que el Asegurado pueda volver a solicitar el pago de esta cobertura, debe haber transcurrido un determinado número de meses contabilizados desde el término de la ITT ya indemnizada, dicho número de meses se detallará en las Condiciones Particulares y en este documento. - Además, para hacer uso nuevamente de la cobertura de ITT, esta deberá ser ocasionada por un evento distinto y no relacionado con eventos anteriormente cubiertos. 	<p>adicionales de incapacidad temporal (total 75 días).</p> <p>Número de meses que deben transcurrir para solicitar nuevamente, esta cobertura, desde el término de la ITT ya indemnizada: 12 meses.</p> <p>Beneficiario: Si el crédito está vigente, se pagará una cuota al contratante, hasta un máximo de 03 cuotas. Si el crédito se encuentra cancelado, el monto equivalente a la cuota del cronograma original del crédito será pagado al Asegurado, hasta un máximo de 03 cuotas. El pago de cada cuota se hará a solicitud del asegurado, presentando el sustento que corresponda por cada cuota.</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.

ASISTENCIAS*

ASISTENCIA	CONDICIONES	EVENTOS
Asistencia Funeraria por Muerte Natural o Accidental	Trámites en general de sepelio	01 evento por la vigencia del microseguro.
	Ataúd de Madera	
	Capilla Ardiente	
	Velatorio en complejo funerario o en iglesia a elección	
	Traslado dentro de la ciudad	
Asistencia Médica	Orientación Médica Telefónica	Ilimitado
	Médico a Domicilio	03 eventos al año
	Telemedicina	08 eventos al año
	Prueba Covid en caso de triaje positivo	01 evento al año
Asistencia de Gracia	Gift Card Cencosud por S/.1,000, en caso, el Asegurado resulte positivo de Covid-19, en la prueba rápida brindada por LA COMPAÑÍA, según la asistencia anterior.	01 evento por la vigencia del microseguro.

MANUAL DE ASISTENCIAS:

Para solicitar las asistencias, podrá comunicarse con la **CENTRAL DE ASISTENCIAS, (01)6045959 opción 0**, durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Se brindarán las asistencias solicitadas según los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

Las asistencias no cuentan con periodo de carencia, son beneficios o servicios adicionales para el Asegurado.

CONDICIONES PARA EL USO DE LAS ASISTENCIAS

Con la finalidad de hacer uso de las Asistencias, se solicita al Asegurado cumplir con las siguientes condiciones, en caso, el Asegurado incumpla las condiciones indicadas para cada asistencia, perderá automáticamente su derecho a usar de la misma y, por ende, LA COMPAÑÍA no brindará la asistencia respectiva.

La llamada a la Central de Asistencias será considerada como declaración o parte de la solicitud de la asistencia, por lo que, para seguridad de ambas partes, el Asegurado autoriza expresamente a Crecer Seguros para que todas las llamadas sean grabadas en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes de asistencias del Asegurado.

DESCRIPCIÓN DE LAS ASISTENCIAS

Asistencia Funeraria por Muerte Natural o Accidental:

Asistencia brindada para el asegurado, cubriendo en caso de muerte natural o accidental lo siguiente:

- Trámites en general de sepelio.
- Ataúd de madera.
- Capilla ardiente: 4 luminarias y 2 porta floreros.
- Velatorio en complejo funerario o en iglesia a elección (según disponibilidad de la misma).
- Traslado dentro de la ciudad, sea en carroza, ambulancia, camioneta o cargada a hombros.

- Sepultura.

Consideraciones:

La asistencia se brindará por un tope máximo de S/. 1,500.00 (Mil quinientos con 00/100 soles) por todos los servicios antes indicados. En caso no se solicite la Asistencia, al momento de la muerte Natural o Accidental del Asegurado, Crecer Seguros le brinda el beneficio de reembolso, para lo cual los derechohabientes legales (cónyuge e hijos), deberán coordinar con la central de asistencias la presentación de un documento que certifique la relación con el asegurado, la partida de defunción del Asegurado, y las facturas originales de los gastos incurridos y se reembolsará hasta un tope máximo de S/1,500. Para acceder a este beneficio, se tiene hasta 30 días calendario para que los familiares, puedan solicitar la asistencia funeraria por muerte natural o accidental del Asegurado.

Asistencia Médica:

Orientación Médica Telefónica:

Servicio de información proporcionado por profesionales del área de la salud, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el Asegurado, en búsqueda de una solución u orientación sobre enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud, interacción de medicamentos, seguimiento de enfermedades crónicas, medidas de autocuidado en salud.

Consideraciones:

La asistencia se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año, de manera inmediata para el caso de Orientación Medicina General, para el resto de las demás especialidades de orientación, se tendrá un horario de 8:00 am hasta las 8:00 pm y si es solicitado fuera del rango horario de atención se procederá a agendar la orientación respectiva. Todas las orientaciones tienen como máximo 15 minutos de comunicación. No se emite diagnósticos, ni receta de medicamentos vía telefónica.

La orientación se podrá realizar para las siguientes especialidades:

- Orientación Medicina General
- Orientación Pediátrica
- Orientación Geriátrica
- Orientación Nutricional
- Orientación Psicológica
- Triaje Covid 19

Médico a Domicilio:

En caso el asegurado requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia en su domicilio (situaciones que no sean catalogadas como emergencias), a solicitud de éste, se gestionará el envío de un médico general al domicilio o al lugar donde el Asegurado indique, siempre y cuando, se encuentre dentro del ámbito geográfico cubierto y exista la infraestructura necesaria para brindar la atención.

Consideraciones:

Esta asistencia se brindará en el lugar que el Asegurado indique, siempre y cuando, el gasto de traslado de la asistencia a dicho lugar no supere el monto de S/ 300.00 (trescientos soles con 00/100 soles) por evento.

Para el uso de esta asistencia, el asegurado deberá asumir el costo de S/ 30.00 (treinta soles con 00/100 soles) por evento. En caso de estar de acuerdo con asumir dicha suma, se coordinará el envío del Médico a Domicilio.

La asistencia se deberá coordinar con 24 a 48 horas de anticipación, asimismo la asistencia se brindará, de acuerdo con la disponibilidad de la red de proveedores, según el ámbito geográfico para el uso de las asistencias señalado en este documento.

Telemedicina:

En caso el asegurado requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia (situaciones que no sean emergencias), podrá comunicarse con la Central de Asistencias y solicitar la asistencia de telemedicina que se brindará a través de video llamada mediante Whatsapp, Zoom o Google Meets. Incluye el envío de una receta digital personalizada con firma y sello del médico.

Consideraciones:

Esta asistencia se brindará sin costo alguno. El servicio de asistencia se deberá programar con 4 hasta 24 horas de anticipación, de lunes a domingo, en el horario de atención 8:00 a.m. a 10:00 p.m.

Aplica para las siguientes especialidades:

- Cardiología
- Ginecología
- Internista
- Geriátrica
- Dermatología
- Endocrinología
- Pediatría
- Psiquiatría

Solo para los determinados supuestos, que LA COMPAÑÍA aplique el beneficio de reembolso para esta asistencia- según las condiciones establecidas, más adelante en este documento, se considerará como tope máximo por cada especialidad la suma de

S/ 200.00 por evento.

Prueba Covid-19, en caso de triaje positivo:

En caso de que el Asegurado requiera un test rápido de Covid-19 por presentar síntomas de este virus, a solicitud de éste, se gestionará el enlace telefónico con un médico para que realice el triaje del Covid-19. Si el médico indica que es necesaria una prueba, se gestionará el envío de un técnico de laboratorio para la prueba rápida de Covid-19 al domicilio o al lugar donde el Asegurado indique, siempre y cuando, exista la infraestructura privada que lo permita en la localidad donde se encuentre el Asegurado.

Consideraciones:

Esta asistencia se brindará sin costo alguno, hasta el tope máximo de S/ 400.00 por evento (el cual, incluye, traslado del técnico al domicilio y costo de la prueba rápida). En caso, la asistencia exceda dicho tope, se le informará al Asegurado a fin de que evalúe si desea asumir la diferencia por el servicio, en caso, de no estar de acuerdo, con el monto asumir, la Asistencia no se podrá llevar a cabo debido al tope máximo del servicio.

De igual forma, esta asistencia está sujeta al límite indicado en el Ámbito Geográfico para el uso de asistencias, detallado en este documento.

Asistencia de Gracia:

Se otorgará al Asegurado una Gift Card Cencosud por S/. 1,000 en caso el Asegurado, resulte positivo de Covid-19, en la prueba rápida brindada por LA COMPAÑÍA y además, cuente con un descanso médico por la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales ocasionada por dicha enfermedad, el Asegurado podrá acceder a esta asistencia contactándose con la Central de Asistencias, con quien coordinará, en un plazo de 10 días útiles, la entrega de la Gift Card Cencosud por el valor de S/. 1,000.

Consideraciones:

La Gift Card es exclusiva para el Asegurado.

Limitaciones de las Asistencias:

No se brindará el servicio de asistencia, cuando:

- El evento haya ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia del Microseguro Plan Protección Acceso.
- Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita brindar debidamente la asistencia.
- Cuando el asegurado no se identifique al momento de solicitar las asistencias.

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las asistencias descritas en este documento por causas como desastres naturales (inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, ciclones), convulsión social, guerra civil o en la localidad donde se encuentra el asegurado no se brinde alguna de estas asistencias. No obstante, a lo anteriormente indicado, LA COMPAÑÍA reembolsará al asegurado los gastos asumidos por este último, relacionados a las Asistencias brindadas y sólo previa coordinación y autorización de LA COMPAÑÍA, contra presentación de los comprobantes de los gastos respectivos y hasta la concurrencia de los límites y condiciones que se señalan para cada una de las asistencias anteriores.

Ámbito Geográfico para el Uso de las Asistencias:

Las asistencias se prestarán considerando el siguiente radio de acción:

Lima Metropolitana: Callao y Bañeros:

- Por el Norte: hasta Ancón.
- Por el Sur: hasta Cañete (KM 144)
- Por el Este: hasta Chosica, Chacabayo y Cieneguilla
- Por el Oeste: La Punta

Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

- Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
- Por el Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
- Por el Oriente: Tarapoto e Iquitos.

En caso no se cuente con disponibilidad del servicio de asistencia en alguna ciudad donde la requiera el asegurado según el Ámbito geográfico para el uso de las asistencias descritas, se le ofrecerá la alternativa del reembolso hasta el monto máximo descrito por evento de cada asistencia.

Pasos importantes e indispensables para el uso de todas las Asistencias:

El asegurado en todos los casos en donde solicite las asistencias deberá:

- Mantenerse al día en el pago de primas de su microseguro.
- Realizar una comunicación a la Central de Asistencias para obtener una autorización expresa, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia.
- El asegurado deberá identificarse al momento de solicitar alguna asistencia.

*Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

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

1. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 el Asegurado se encuentre involucrado en un accidente de tránsito, como conductor o peatón que origina el accidente.
6. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

Exclusiones de las coberturas adicionales - Incapacidad Total Temporal (ITT):

La Compañía no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones detalladas anteriormente, y adicionalmente, aplicaran las siguientes exclusiones, según sea la cobertura adicional contratada:

Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, que es de conocimiento de EL ASEGURADO y no curada antes de la contratación del seguro. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, que conlleven al fallecimiento durante su vigencia.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE, 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.

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. 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, o si se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

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

Para solicitar la cobertura, EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE, podrán acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Muerte Accidental:

- a. Copia simple del DNI vigente del ASEGURADO.
- b. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).
- c. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial, no mayor a 3 meses).
- d. Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.
- e. Protocolo de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).²
- f. Copia Certificada del Atestado Policial completo y/o diligencias fiscales.²
- g. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).²
- h. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, 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.

¹Los 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.

²Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente

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

Incapacidad Total Temporal (ITT)

- a. Certificado Médico en formato oficial que indique causas de la incapacidad, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención por emergencia o consulta médica, centro de salud y días de descanso médico (original).
- b. Informe de Evaluación Médica, según el formato de Crecer Seguros (original).

- c. **Atestado Policial Completo (copia simple), en caso de accidente de tránsito.**
d. **Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico del asegurado conductor del vehículo (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial), en caso de un accidente de tránsito, cuando corresponda.**

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 antes señalada.

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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.

COMUNICACIONES

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA 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 microseguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA 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 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 presente 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 enviada 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.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

2. LA COMPAÑÍA garantiza la lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios de la Póliza electrónica. Asimismo, garantiza su envío a través de medios electrónicos mediante los parámetros regulatorios establecidos en la materia, los cuales permitirán registrar y confirmar 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 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 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 COMPAÑÍA.

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 Microseguro que solicito por medio de este documento.

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.
- EL ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o 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.
- Los requerimientos y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los requerimientos y reclamos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

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 que le han sido proporcionados, 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 seguros²; 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, revocación e información 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 remitirme 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. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creckerseguros.pe.

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

² **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

³

EMPRESA

Banco Pichincha
Diners Club Perú S.A.
Carsa



DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DATOS DEL ASEGURADO / SOLICITANTE				
Nombres y Apellidos		Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Tipo de Documento <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°		Fecha de nacimiento		
Dirección de domicilio				
Correo electrónico		Teléfono		
Conforme a lo desarrollado en esta Solicitud-Certificado, LA COMPAÑÍA usará uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro:				
Dirección del domicilio				
Correo electrónico				
Teléfono				
PRIMA				
Prima Comercial		S/.16.10 x el N° de meses de duración del crédito asociado		
Prima Comercial + IGV		S/.19.00 x el N° de meses de duración del crédito asociado (*)		
(*) La prima comercial + IGV será multiplicada por el N° de meses de duración del crédito asociado para poder determinar la prima comercial final que el cliente pagará por el seguro.				
La prima comercial incluye:				
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: 47% de la prima comercial.				
LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA				
Lugar: A través del comercializador.		Forma: Pago de la prima única adelantada.		
Fecha: Al momento de la firma de la solicitud certificado.				
Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de 30 días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa.				
BENEFICIARIOS				
Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.				
BENEFICIARIO DEL 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.				

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma en la Solicitud-Certificado, 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 microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 08 páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

 Gerente General	 Gerente Comercial
Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Solicitante (Asegurado)

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 que le han sido proporcionados, 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 seguros²; 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, revocación e información 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 remitirme 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. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

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

² 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

³

EMPRESA

Banco Pichincha
Diners Club Perú S.A.
Carsa

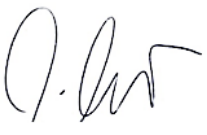

DIRECCIÓN

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DATOS DEL ASEGURADO / SOLICITANTE				
Nombres y Apellidos		Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Tipo de Documento <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°		Fecha de nacimiento		
Dirección de domicilio				
Correo electrónico		Teléfono		
Conforme a lo desarrollado en esta Solicitud-Certificado, LA COMPAÑÍA usará uno o cualquiera de los datos de contacto aquí indicados para enviar comunicaciones al ASEGURADO en relación a su microseguro:				
Dirección del domicilio				
Correo electrónico				
Teléfono				
PRIMA				
Prima Comercial		S/.16.10 x el N° de meses de duración del crédito asociado		
Prima Comercial + IGV		S/.19.00 x el N° de meses de duración del crédito asociado (*)		
(*) La prima comercial + IGV será multiplicada por el N° de meses de duración del crédito asociado para poder determinar la prima comercial final que el cliente pagará por el seguro.				
La prima comercial incluye:				
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador: 47% de la prima comercial.				
LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA				
Lugar: A través del comercializador.		Forma: Pago de la prima única adelantada.		
Fecha: Al momento de la firma de la solicitud certificado.				
Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de 30 días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa.				
BENEFICIARIOS				
Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o cláusulas adicionales, se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en la Solicitud-Certificado.				
BENEFICIARIO DEL 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.				

EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma en la Solicitud-Certificado, 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 microseguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 08 páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

 Gerente General	 Gerente Comercial
Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Solicitante (Asegurado)